



**Area Organizzazione e Risorse
Settore Bilancio Finanze e Provveditorato
Via Cavour 18 - 50129 Firenze**

LOTTO 2

CAPITOLATO/POLIZZA

**ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
DEL PRESIDENTE, DEI CONSIGLIERI E DEGLI ASSESSORI
DELLA REGIONE TOSCANA**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- 1) **Assicurazione:** il contratto di assicurazione
- 2) **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione
- 3) **Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione
- 4) **Assicurato:** la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- 5) **Società:** l'impresa assicuratrice
- 6) **Broker:** MARSH S.p.A.
- 7) **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- 8) **Sinistro:** il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
- 9) **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
- 10) **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- 11) **Scoperto/Franchigia:** la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
- 12) **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro
- 13) **Beneficiario:** il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte 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.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

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.

ART. 2 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART.3 - DURATA DEL CONTRATTO – DECORRENZA DELLA GARANZIA – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il presente contratto avrà durata dalle ore 24.00 del 30/06/2010 alle ore 24.00 del 30/06/2015 senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto alla scadenza.

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio annuo entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della polizza, ferme restando l'efficacia e l'effetto della garanzia.

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del quarantacinquesimo giorno e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

Il termine temporale di pagamento delle annualità di premio successive è di 60 (sessanta) giorni dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa.

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

ART.4 - REGOLAZIONE PREMIO

Il premio annuo, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, in relazione al numero dei soggetti assicurati, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

La garanzia della presente polizza è operante per gli Assicurati nominativamente indicati nell'elenco allegato (A), che fa parte integrante della polizza stessa.

Per altro, per quanto concerne il pagamento del premio, questo viene anticipato dalla Contraente come da delega ricevuta dagli Assicurati.

Qualsiasi variazione del numero o dei nominativi degli assicurati di cui all'elenco indicato nell'allegato (A), sarà considerata valida, ai fini della garanzia, dalle ore 24 del giorno del ricevimento della relativa comunicazione da parte della Contraente, la eventuale variazione di premio verrà regolata secondo quanto previsto nella scheda di quotazione (calcolo del premio).

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, le parti provvederanno a regolarizzare l'eventuale conguaglio del premio sulla base del numero effettivo dei Consiglieri Assicurati e del periodo di durata effettiva delle garanzie per ciascuno di essi.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione al Contraente/Assicurato della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata.

Se il Contraente/Assicurato non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

ART. 5 - 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.

ART.6- DENUNCIA DELLA MALATTIA O DELL'INVALIDITÀ - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La denuncia della malattia che possa comportare – secondo parere medico – invalidità permanente, deve essere presentata alla Società entro 30 giorni dalla sua diagnosi oppure dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuta la possibilità.

L'Assicurato deve inviare alla Società i certificati medici, copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia.

Trascorsi 180 giorni dalla denuncia di malattia e comunque non oltre un anno dalla data della stessa, l'Assicurato deve presentare certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente direttamente ed esclusivamente residuata dalla malattia denunciata, richiedendo gli accertamenti del caso da parte della Società.

L'Assicurato, i suoi famigliari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART.7 - OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società annualmente si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato possibilmente al netto di franchigia);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART. 8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso pari al periodo di tempo necessario al Contraente ad aggiudicare, secondo la normativa vigente, ad altra Compagnia d'assicurazione una assicurazione avente il medesimo oggetto della presente; tale periodo non può essere superiore a 90 giorni, termine dopo il quale la presente assicurazione cesserà di avere efficacia.

In caso di recesso da parte della Società dalla presente assicurazione, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la stessa rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Foro competente è il luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 12 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente incarica Marsh S.p.A. della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di Broker ai sensi dell'art.109 comma 2 lettera b) del D.Lgs. 209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Il compenso del Broker rimane a carico della/e Società aggiudicataria/e nella misura del 9 % del premio imponibile;

Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione aggiudicatrice.

ART. 13 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART.14 - COASSICURAZIONE E DELEGA (clausola opzionale in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata , esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile.....all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza, (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile....., la cui firma in calce di eventuali futuri atti, impegnerà anche le Coassicuratrici, che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 15 – ESTENSIONI TERITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero; la valutazione dell'invalidità permanente e la corresponsione verranno tuttavia effettuate in Italia con la valuta corrente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 16 – IMPORTO E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'importo complessivo stimato per il **primo anno** posto a base di gara ammonta a Euro **50.000,00** al netto delle imposte.

L'importo complessivo **per il quinquennio** ammonta a Euro **250.000,00** al netto delle imposte.

L'assicurazione vale per l'invalidità permanente conseguente a malattia insorta nel corso del contratto.

La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro 1 anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità dello stesso.

La garanzia viene prestata per ciascun Assicurato (Presidente, Consiglieri e Assessori) nel caso di Invalidità Permanente da malattia per la somma di Euro 330.000,00

ART. 17 - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Sono escluse le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- malattie mentali e nevrosi, salvo quelle derivanti da affezioni di natura organica obiettivamente rilevabili;
- reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- sieropositività (H.I.V.), sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad esse collegate;
- radiazioni da trasmutazioni o assestamenti energetici nel nucleo dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X etc.);
- malattie da contaminazione batteriologica o chimica dovuta a guerre o insurrezioni;

ART. 18 – LIMITE DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

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

ART. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART.20- ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ, DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto e che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 21 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

Nessuna indennità è dovuta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 33%.

Quando l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 33%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALI DI INVALIDITA' PERMANENTE			
accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
34	3	51	55
35	6	52	58
36	9	53	61
37	12	54	64
38	15	55	67
39	18	56	70
40	21	57	73
41	24	58	76
42	27	59	79
43	30	60	82
44	33	61	85
45	36	62	88
46	39	63	91
47	42	64	94
48	45	65	97
49	48	66	100
50	52	=	=

Art. 22 - PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi a trattamenti terapeutici che a giudizio sia del suo medico che di quello della Società possano modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detti trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

ART.23 – DIRITTO ALL'INDENNITÀ

Il diritto all'indennità è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore 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.

ART. 24 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poichè la seguente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

ART.25 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

Art.26 – MODALITÀ DELLA VALUTAZIONE DEL DANNO – CONTROVERSIE

Le divergenze sulla natura e/o grado di invalidità permanente sono demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Consiglio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede d'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi da parte del Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

LA/LE SOCIETA'

SCHEDA

(N.B. Non compilare – la presente scheda verrà compilata al momento della sottoscrizione del contratto sulla base dell’offerta del concorrente affidatario)

- PRESIDENTE, CONSIGLIERI, ASSESSORI

Somme Assicurate

Invalità permanente: Euro 330.000,00 x..... %° x n. 65.assicurati =

Premio per persona: Euro _____

N° Persone assicurate in via preventiva: N 65 come da ALLEGATO (A)

PREMIO ANNUO LORDO TOTALE EURO _____

DELEGATARIA

_____ %

COASSICURATORI:

_____ %

_____ %

_____ %

_____ %

LA/LE SOCIETA’

**PREMIO ANNUO LORDO PRESUNTO COMPRENSIVO DI OGNI ONERE ED IMPOSTA
DI €00 (...../00).**

ALLEGATO A

Elenco degli assicurati

(L'elenco verrà compilato al momento della sottoscrizione del contratto)