

**CAPITOLATO DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI  
DIRIGENTE – DIRETTORE GENERALE**

**Lotto 2 – CIG B885A3443A**  
**S.E.A.B. Società Ecologica Area Biellese S.p.A.**  
Via T. Galimberti 10/A - 13900 - BIELLA (BI)  
P.IVA/C.F. 02132350022

**Durata del contratto 36 mesi**  
**Decorrenza dalle ore 24.00 del 31/12/2025**  
**Scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2028**  
**Frazionamento: Annuale**

## PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

## SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Azienda o Amministrazione o Ente: S.E.A.B. S.p.A., Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la assicurazione (S.E.A.B. S.p.A.)

Attività dell'Azienda / Attività assicurata: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da Leggi, regolamenti, dal proprio Statuto o altri atti amministrativi, e quindi anche in virtù di convenzioni, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche congiuntamente con altri, e/o partecipando ad altri Enti, Consorzi, Società, e/o avvalendosi di terzi o loro strutture, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti o coassicuratrici nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia S.p.A.;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta, gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Malattia: l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Malattia professionale: la malattia rientrante nelle tabelle Industria annesse al DPR n. 1124/1965 e s.m.i.;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale); rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, siano tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere;

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna. Non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale;

Retribuzione o RAL: ammontare della retribuzione lorda percepita dagli assicurati (al netto di TFR e delle ritenute per oneri sociali: previdenziali, assicurativi, ecc...) a compenso della prestazione nei 12 mesi antecedenti la data di decorrenza della polizza, con l'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale, ma compreso l'equivalente di vitto (buoni pasto) e alloggio qualora dovuti.

## SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 1: Durata del contratto**

---

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2025 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2028, con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, senza obbligo di disdetta e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Inoltre, su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, si intende operante quanto previsto ai sensi dell'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023. Resta inteso che tale opzione non può essere superiore a 6 mesi.

Essendo un contratto di durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di entrambe le parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata/pec inviata dall'una all'altra parte almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società alla Contraente ai sensi del presente comma, in considerazione dei tempi di legge per la conclusione della nuova procedura di gara previsti dall'art. 1 dell'all. I. 3 al Codice dei Contratti, il Contraente potrà richiedere, nei casi di cui all'art. 120 c. 11 del D.Lgs. 36/2023, una proroga tecnica dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi decorrenti dal 31 dicembre in scadenza, che la Società è obbligata a concedere.

### **Art. 2: Gestione del contratto**

---

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker indicato. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano in generale l'assicurazione, e ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i. il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 c.c, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

Il Broker invierà alla Società, a mezzo e-mail o pec le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio della comunicazione.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente, fermi restando i termini temporali della copertura.

La remunerazione del broker è a carico della Compagnia assicurativa nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 8%.

### **Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede**

---

In deroga agli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero influito sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché il Contraente non abbia agito con dolo.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – *Facoltà di recesso dal contratto*.

### **Art. 4: Aggravamento del rischio**

---

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.).

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente non prevedibili al momento della stipula del contratto; il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire l'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

In tal caso la Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto e può richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – *Facoltà di recesso dal contratto*.

### **Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto**

---

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli 3 - *Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede* e 4 - *Aggravamento del rischio*, previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R./PEC. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 150 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 10 - *Pagamento del premio – Termini di rispetto – Clausola di revisione dei prezzi*) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

## **Art. 6: Diminuzione del rischio**

---

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

## **Art. 7: Cessazione del rischio**

---

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima e la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

## **Art. 8: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere**

---

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 C.C., del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario nonché da comportamenti dolosi o gravemente colposi delle persone di cui il Contraente deve rispondere a norma di legge.

## **Art. 9: Rinuncia alla rivalsa**

---

La Società rinuncia al diritto di rivalsa spettante ai sensi dell'art. 1916 C.C., nei confronti di dipendenti, direttori, dirigenti e amministratori dell'Amministrazione di ogni livello e comunque nei confronti di tutte le persone la cui responsabilità civile verso terzi è garantita dal presente contratto, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

## **Art. 10: Pagamento del premio - Termini di rispetto – Clausola di revisione dei prezzi**

---

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 c.c., avvenga entro i 90 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 c.c.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto eventualmente diversamente normato d'apposita clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive e, inoltre, qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973, del D.M.E.F n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato. Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa. Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Considerando che i servizi assicurativi prevedono quale corrispettivo il premio assicurativo, il cui valore non dipende dall'approvvigionamento di fattori produttivi, né dall'andamento dei relativi costi di mercato nel tempo, ma è calcolato prioritariamente sulla base della valutazione del rischio, non è applicabile l'art. 60 c. 1 del Codice, come conferma per altro l'assenza di qualsivoglia CPV inerente i servizi assicurativi dalle tabelle D1, D2 e D3 dell'allegato II-2bis del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i., che individuano i CPV soggetti a revisione dei prezzi ex lege ancorati a indicatori ISTAT, non rilevanti per il servizio oggetto del presente servizio. In applicazione dell'art. 60 c. 4-ter del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i. Il premio assicurativo potrà invece variare al variare del rischio in ogni ipotesi di suo aggravamento.

Pertanto al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste agli articoli 3 - *Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede* ed 4 - *Aggravamento del rischio* la Società potrà richiedere, motivatamente, al Contraente la revisione del premio al fine del mantenimento dell'equilibrio contrattuale.

Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità. In caso di disaccordo, si applica quanto previsto all'articolo 5 - *Facoltà di recesso dal contratto*.

#### **Art. 11: Costituzione e regolazione del premio**

---

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando l'aliquota pro-mille ovvero il premio pro-capite convenuti per ciascun parametro previsto in polizza ed è costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto e da regolazioni annuali attive calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo, i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Per "parametri di calcolo" si intende:  
Numero Assicurati – Cat. Dirigenti

#### **Art. 12: Assicurazione per conto di chi spetta**

---

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, rimanendo stabilito e convenuto che

le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'Assicurazione stessa non potranno essere esercitati che per il tramite del Contraente.

### **Art. 13: Ispezione della Società**

---

La Società ha sempre diritto di visionare atti, documenti e beni pertinenti l'Assicurazione e il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. L'ispezione potrà essere svolta da dipendenti della Società stessa o da altri soggetti dalla stessa incaricati purché benevisi alla Contraente, con oneri da porsi per intero a carico della Società.

### **Art. 14: Riferimento alle norme di legge - Foro competente**

---

Unicamente per quanto costituisce integrazione necessaria e compatibile col presente capitolato normativo e - in ogni caso - per quanto regolamentato in senso più favorevole al Contraente e/o Assicurato, si fa espresso rinvio alle condizioni di assicurazione depositate dalla Società - in osservanza alle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e dei relativi regolamenti. Ciò premesso, la Società prende atto che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole per il Contraente e/o l'Assicurato.

Per quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede il contraente.

### **Art. 15: Interpretazione del contratto**

---

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

### **Art. 16: Denuncia di sinistro**

---

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente al Broker o alla Società. In deroga all'art. 1913 c.c. il termine per l'avviso di sinistro è stabilito in 30 (trenta) giorni da quando il Contraente stesso ne ha avuto conoscenza.

La denuncia conterrà una descrizione dettagliata del fatto cui la richiesta scritta si riferisce, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze se conosciute, le generalità e recapito delle persone interessate e di eventuali testimoni, e sarà corredata di copia di tutta la documentazione relativa eventualmente in loro possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui il Contraente sia venuto in possesso successivamente alla denuncia.

### **Art. 17: Facoltà di recesso in caso di sinistro**

---

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60' giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, è facoltà di entrambe le parti recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R./PEC. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 150 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso da una delle parti.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte. Qualora invece il contratto abbia una

scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 10 - *Pagamento del premio – Termini di rispetto - Clausola di revisione dei prezzi*) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

#### **Art. 18: Informativa sui sinistri e penali**

---

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza quantomeno annuale, e in ogni caso a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale editabile (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione della garanzia interessata dal sinistro
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato;
- g. sinistri respinti
- h. sinistri relativamente ai quali la Società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione dell'importo

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata giustificazione.

In caso di mancato rispetto di quanto sopra previsto, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Impresa Assicuratrice dovrà corrispondere al Contraente una penale di importo pari all'1 per mille del contratto per ogni giorno solare di ritardo. Le penali applicate non possono superare complessivamente il valore del 10% dell'importo del contratto. L'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva. In caso di incapienza della cauzione definitiva, è fatto salva la facoltà del Contraente di ricorrere ai rimedi civilistici ordinari. E' salva altresì la facoltà del Contraente di trattenere l'importo delle penali dal primo premio utile da versare.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà quindi essere svincolata fino al termine del periodo assicurativo e comunque fino alla completa trasmissione delle informazioni richieste.

#### **Art. 19: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni**

---

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 C.C il Contraente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, e la Società risponderà nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C., rinunciando al diritto di recesso.

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da terzi, sulle stesse cose o per gli stessi rischi, la Società risponde dei danni subiti dalle cose assicurate per quanto

coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, fino alla concorrenza dei massimali previsti dalla presente polizza.

## **Art. 20: Coassicurazione ed Associazione Temporanea di Imprese** **(operante se del caso)**

---

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici/associate rimane stabilito quanto segue.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Imprese di Assicurazione elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, essendo tuttavia pattuita in espressa deroga all'art. 1911 c.c. la responsabilità solidale di tutte le Società nei confronti del Contraente e dell'Assicurato.

La delegataria sarà tenuta, in ogni caso, ad assolvere direttamente e per intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto.

Le Società Coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Società Delegataria per conto comune.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società Delegataria e del Contraente.

Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Società Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

La Società delegataria dichiara di avere ricevuto mandato a sottoscrivere la presente polizza ed a firmare i successivi documenti di modifica anche in nome e per conto delle Società Coassicuratrici, pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto tutti i relativi documenti anche per le Società Coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

⇒ Compagnia ... Quota ... %

⇒ Compagnia ... Quota ... %

## **Art. 21: Trattamento dei dati**

---

Ai sensi della legge n. 196/2003, del successivo reg.to UE 2016/679 e ss.mm.ii., ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

## **Art. 22: Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

La Società, il Broker nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce

causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della citata Legge.

#### **Art. 22/A – Oneri fiscali/Cauzione definitiva**

---

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

Alla Compagnia Assicuratrice, ai sensi dell'art. 53 comma 4 e dell' art. 117 del D.Lgs. 36/2023, è richiesta la garanzia definitiva per l'esecuzione del contratto nella misura del 5% dell'importo contrattuale. Ai sensi dell'art. 53 c. 4bis, come già indicato dal MIT nel parere 2174 del 26/02/2024, la garanzia definitiva non è soggetta né agli aumenti di cui all'art. 117 c. 1 del D.gs. 36/2023, né alle riduzioni di cui all'art. 106 c. 8. La scadenza della garanzia dovrà essere aumentata di 6 mesi rispetto alla scadenza del contratto al fine di garantire le obbligazioni previste dall'art. 18 – Informativa sui sinistri e penali in merito alla completa definizione dei sinistri denunciati. La garanzia può essere prestata nelle forme di cui all'art. 117 comma 1 del D.Lgs. 36/2023.

In caso di escussione totale o parziale della cauzione definitiva prestata, la stessa dovrà essere automaticamente reintegrata dalla Compagnia assicuratrice entro il termine di 15 giorni naturali e consecutivi dalla riduzione stessa

#### **Art. 23: Clausole vessatorie**

---

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società, che dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali, e comunque non oltre la data di effetto della polizza.

### **SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE**

#### **Art. 24: Soggetti assicurati**

---

Si intendono assicurati con la presente polizza i soggetti di cui alle seguenti categorie:

1. Dirigente - Direttore Generale,

#### **Art. 25: Oggetto dell'assicurazione**

---

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi all'assicurato indicato all'art. 24 - Soggetti assicurati, dai quali derivi:

1. la morte, o
2. una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o
3. esborsi per cure mediche / ricoveri in istituti di cura.

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali (come definite dal DPR n. 1124/1965 e s.m.i.) dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o una invalidità permanente parziale di grado pari o superiore al 10% (dieci per cento).

Relativamente alla presente sezione il premio si intende così suddiviso:

- 70% del premio al rischio professionale
- 30% del premio al rischio extra professionale

## **Art. 26: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali**

---

La copertura assicurativa si riferisce agli infortuni, senza limiti territoriali e anche se verificatisi non in occasione o in conseguenza dell'espletamento del rapporto di lavoro con l'Azienda o a esso correlati, nonché alle malattie contratte per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto per, da e/o tra il/i luogo/i di lavoro (rischio professionale e rischio extra-professionale).

Sono altresì compresi gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischio extra-professionale).

## **Art. 27: Liquidazione del danno**

---

1. In caso di evento mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari ad almeno 5 (cinque) volte la retribuzione annua spettante all'assicurato alla data dell'evento e comunque non meno del massimale sotto riportato pari ad € 800.000,00
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
  - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
    - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento;
    - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
    - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
  - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
    - ◇ all'importo corrispondente almeno 6 (sei) volte la retribuzione annua e comunque non meno del massimale sotto riportato pari ad € 950.000,00, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
    - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

Anche a parziale deroga di quanto previsto in altre parti della presente polizza, si conviene tra le parti che:

- qualora il grado di invalidità permanente sia tale da non consentire all'Assicurato la prosecuzione di una attività lavorativa in qualità di Dirigente e/o di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo spettante all'Assicurato verrà conteggiato sulla base di un grado di invalidità permanente pari al 100%,
- l'importo massimo liquidabile in caso di morte, è pari a euro 800.000,00
- l'importo massimo liquidabile in caso di invalidità permanente, è pari a 950.000,00.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

#### **Art. 28: Estensioni della copertura**

---

a. L'assicurazione, nell'ambito di quanto previsto dall'art. 26 - *Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali*, comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,

nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti

b. Le garanzie di polizza sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

c. Per il caso morte, qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 5.000,00 le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

- d. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - alla somma spettante agli stessi sarà liquidata una ulteriore indennità, con il limite unitario di euro 150.000,00.
- e. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60, 61 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata e a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.
- f. Per il caso di invalidità permanente, qualora la Società abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, e in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.
- g. Sono comprese in garanzia le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio, fino alla concorrenza di euro 3.000,00 per evento.
- h. Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 per evento le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

#### **Art. 29: Invalidità permanente**

---

Per il caso di invalidità permanente, qualora il grado di invalidità sia tale da non consentire all'Assicurato la prosecuzione di una attività lavorativa e/o sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo spettante all'Assicurato verrà conteggiato sulla base di un grado di invalidità permanente pari al 100%.

#### **Art. 30: Malattie professionali**

---

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali (come definite dal DPR n. 1124/1965 e s.m.i.) dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o una invalidità permanente parziale di grado pari o superiore al 10% (diecipercento).

In tali casi, quindi, ai fini dell'operatività delle garanzie di polizza e della determinazione degli indennizzi il termine "Infortunio" deve intendersi sostituito dal termine "Malattia professionale".

#### **Art. 31: Franchigia su invalidità permanente**

---

Si dà atto che la garanzia di invalidità permanente relativa al rischio extra professionale è soggetta ad una franchigia assoluta pari al 3%.

### **Art. 32: Rischio volo**

---

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), qualora l'evento riguardi più assicurati a bordo dell'aeromobile la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile euro 6.000.000,00 (seimilioni/00) per il caso di morte ed euro 6.000.000,00 (seimilioni/00) per invalidità permanente; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. 28 - *Estensioni di copertura* relativamente all'efficacia della copertura assicurativa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che essa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

### **Art. 33: Cumulo degli indennizzi**

---

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento, il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00)

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

### **Art. 34: Esclusioni**

---

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici connessi alle attività dell'Azienda;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dagli artt. 28 - *Estensione della copertura* e 32 – *Rischio Volo*;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ◇ assunzione volontaria e non prescritta di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni.

L'assicurazione non opera nel caso di Veicolo guidato da persona in stato di Ebbrezza alcolica o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope.

### **Art. 35: Modalità per la liquidazione dell'indennità**

---

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione e/o i documenti giustificativi di spesa in originale, o la certificazione attestante il grado di invalidità o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e

conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

### **Art. 36: Controversie sulla definizione del danno**

---

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre medici nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove risiederà il collegio medico. Il collegio medico eleggerà la propria residenza nel Comune, sede di istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

I medici, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del medico dissenziente.

### **Art. 37: Designazione dei beneficiari**

---

La documentazione mediante la quale gli Assicurati designano i beneficiari dell'assicurazione verrà raccolta dalla Contraente e consegnata alla Società contestualmente al perfezionamento del presente contratto.

Sarà cura della Società conservare tali designazioni, attingendovi in caso di sinistro per la individuazione dei beneficiari dell'Assicurato coinvolto nel sinistro.

Alla scadenza del presente contratto, o in caso di cessazione della copertura per uno o più Assicurati, la Società provvederà a rendere le designazioni corrispondenti alla Contraente.

### **Art. 38: Limiti di età**

---

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

**Art. 39: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause) - Clausola libera da parte dell'operatore economico in fase di emissione della polizza con altra formulazione del testo sempre che non ne venga modificato il significato, la valenza, l'efficacia e l'operatività contrattuale in favore della stazione appaltante.**

**Pertanto, qualora l'operatore economico ritenesse di proporre un testo differente da utilizzare in fase di emissione della polizza rispetto a quello previsto dal capitolato, dovrà inserire nella busta tecnica il testo di cui vorrà in tal senso avvalersi (L'eventuale variante, avendo il medesimo significato ed operatività non è oggetto di punteggio tecnico).**

---

Le parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere dare esecuzione a obbligazioni contrattuali.

L'Assicuratore pertanto non corrisponderà alcun indennizzo in relazione a sinistri che derivino da una richiesta di risarcimento in qualsiasi modo riconducibile a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del tesoro degli Stati Uniti d'America).

La Società non è tenuta a fornire la copertura assicurativa prevista dal presente contratto, o a riconoscerne i benefici conseguenti o a pagare alcuna pretesa, risarcimento o indennizzo nella misura in cui la prestazione derivante dal contratto o il pagamento di tale pretesa, risarcimento o

indennizzo, possa esporre la Società a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione imposta da risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero a sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

**Art. 40: Restrizione dell'Ambito di Applicazione Territoriale - Clausola libera da parte dell'operatore economico in fase di emissione della polizza con altra formulazione del testo sempre che non ne venga modificato il significato, la valenza, l'efficacia e l'operatività contrattuale in favore della stazione appaltante.**

**Pertanto, qualora l'operatore economico ritenesse di proporre un testo differente da utilizzare in fase di emissione della polizza rispetto a quello previsto dal capitolato, dovrà inserire nella busta tecnica il testo di cui vorrà in tal senso avvalersi (L'eventuale variante, avendo il medesimo significato ed operatività non è oggetto di punteggio tecnico).**

Le parti convengono che la presente polizza sia modificata come segue:

Indipendentemente da qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, o in qualsiasi appendice o estensione aggiunta alla presente polizza, non vi sarà alcuna copertura garantita dalla polizza per qualsiasi pretesa, azione, causa o procedimento per la parte in cui siano introdotti, promossi o proseguiti in un'Area Specifica; ad eccezione degli importi sostenuti al di fuori di un'Area Specifica da una persona fisica al di fuori di un'Area Specifica per difendersi da una pretesa, azione, causa o procedimento introdotti, promossi o perseguiti in un'Area Specifica, ma esclusivamente nella misura in cui tali importi siano coperti da qualche garanzia prevista dalla presente polizza.

Ai fini del presente articolo, per "Area Specifica" si intende:

(a) la Repubblica di Bielorussia e/o

(b) la Federazione Russa (come riconosciuta dalle Nazioni Unite) o i suoi territori, comprese le acque territoriali o i protettorati in cui ha il controllo legale (per controllo legale si intende quello riconosciuto dalle Nazioni Unite).

Laddove vi fosse un conflitto tra i termini di questo articolo e la polizza, prevarrà il contenuto del presente articolo, salva in ogni caso l'applicazione di qualsiasi clausola Sanzioni.

Se una qualsiasi disposizione di questo articolo è, o in qualsiasi momento diventa, in qualsiasi misura, non valida, illegale o inapplicabile ai sensi di qualsiasi provvedimento o norma di legge, tale disposizione sarà, in tale misura, considerata non far parte di questo articolo, ma la validità, legalità e applicabilità del resto di questo articolo non saranno influenzate.

## SEZIONE IV – CAPITALI ASSICURATI CONTEGGIO COMPLESSIVO PREMIO DI POLIZZA

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati					
Gruppi di appartenenza	Caso morte	Invalidità permanente	Rimborso Spese mediche	Parametro di calcolo Numero assicurati	Premio imp. Unitario €	Premio imp. Totale €
Dirigente (Direttore Generale)	€ 800.000,00	€ 950.000,00	€ 3.000,00	Num. 1		

Attuale R.A.L. Massima annua: € 152.750,00

Totale premio annuo escluse imposte (in cifre)	euro	.....
Imposte	euro	.....
Totale premio annuo comprese imposte (in cifre)	euro	.....
Totale premio annuo comprese imposte (in lettere)	euro	.....