



DIREZIONE GENERALE

Sede Legale: Via Casal Bernocchi 73 - 00125 Roma

C.F. P. IVA 04733491007

www.aslroma3.it

CAPITOLATO TECNICO

LOTTO II

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Definizioni

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	Quella svolta in qualità di Azienda Sanitaria per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione e pertanto la ASL Roma 3
BENEFICIARIO	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
POLIZZA	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
RISCHIO IN ITINERE	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dall'abitazione, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice.

Definizioni di settore

INABILITA' TEMPORANEA	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

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

Art. 1.1 - Prova del contratto

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

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La mancata comunicazione da parte del contraente o dell'assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione del polizza e/o nel corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempre che il Contraente o l'assicurato non abbia agito con dolo.

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

Le dichiarazioni inesatte od incomplete e le omissioni fatte con dolo possono comportare il mancato pagamento del danno, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892 del codice civile. La mancata dichiarazione di danni che avessero colpito le cose oggetto dell'assicurazione non può essere invocata dalla Società come motivo di non indennizzabilità di un eventuale sinistro, salvo il caso di manifesta malafede.

Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza.

In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

Ai sensi dell'art.48 del DPR 602/1973 la Società da Atto che:

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n.40 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art.3 del decreto;
- 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.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 1.8 (Durata del contratto), la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Art. 1.4 -Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 1.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1.6 - Buona fede

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

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata di anni 2 come specificato nell'allegato (Prospetto di offerta) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

È escluso il tacito rinnovo.

È fatto comunque salvo l'obbligo della Società di continuare il servizio alle condizioni e modalità di aggiudicazione /proroga fino a quando il contraente non avrà provveduto alla stipula di un nuovo contratto. Tale obbligo non potrà protrarsi oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto originario o dei relativi rinnovi o dalla cessazione in caso di recesso anticipato per qualsiasi motivo; il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Art. 1.9 - Oneri fiscali

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

Art. 1.10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello di Roma ove ha sede il Contraente Azienda USL Roma 3.

Art. 1.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.12 - Coassicurazione e delega

L'Amministrazione provvederà alla gestione ed esecuzione diretta del contratto.

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, la Società Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 1.14 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

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

In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi riferito al periodo in questione, sia in via aggregata che disaggregata; la statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) sinistri denunciati; (con indicazione della data di denuncia e del riferimento della Compagnia e l'identificativo del sinistro);
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data di liquidazione);
- d) sinistri respinti. (con indicazione con la data di reiezione)

E' fatto obbligo alla Società di fornire al Contraente i dati su elencati anche dopo la cessazione del contratto, e comunque fino alla conclusione di ciascun sinistro.

In caso di inadempimento degli obblighi sopra citati, la Società sarà tenuta a titolo di penale, al pagamento a favore del Contraente di una somma pari al 5% del premio annuo.

Art. 1.15 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o posta elettronica certificata.

E' fatto obbligo alla Società di adottare analoga procedura per le comunicazioni nei confronti del Contraente.

Art. 1.16 - Elementi per il calcolo del premio

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

Art. 1.17 - Regolazione e conguaglio del premio

Premesso che gli aumenti e/o diminuzioni conseguenti all'assicurazione dovranno essere comunicati dall'Assicurato alla Società alla fine di ogni annualità assicurativa, si conviene di ritenere automaticamente assicurate anche eventuali nuove modifiche sopravvenute nel corso dell'annualità assicurativa medesima.

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di offerta) alla presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

La Società entro 60 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, provvederà a richiedere al Contraente i dati necessari per la regolarizzazione del premio.

Entro 60 giorni dalla suddetta comunicazione, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società che provvederà ad emettere ed a recapitare al Contraente la relativa appendice contrattuale, da regolarizzare entro 60 giorni dalla ricezione della stessa.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non dà seguito al pagamento di differenze del premio dovute nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 30 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata e/o posta elettronica certificata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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

Art. 1.18 - Efficacia temporale della garanzia

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

Art. 1.19 - Recesso anticipato per incompatibilità con le disposizioni Regionali

Si conviene tra le parti che la Contraente – nell'ipotesi in cui la Regione Lazio esperisse una gara unica per la sanità regionale o imponesse alle Aziende di interrompere i loro autonomi rapporti assicurativi - avrà la facoltà di recedere, senza termini di preavviso, ad ogni scadenza annuale.

Art. 1.20 – Variazione della normativa vigente

La società si impegna a riconoscere l'applicazione di eventuali modifiche alla normativa vigente riferita alla regolamentazione dei rapporti con gli assicurati a far tempo dalla data in cui tali provvedimenti diventano esecutivi. Si conviene quindi che qualora dette modifiche producano una variazione dei capitali assicurati presi come base per la determinazione dell'indennizzo, il premio conteggiato verrà proporzionalmente variato. Per tutti gli altri casi saranno concordate variazioni alle condizioni contrattuali qui previste e, conseguentemente al premio convenuto. Nel caso in cui le modifiche sopraindicate aggravino il rischio in misura tale che se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dalla Società al momento della stipulazione del contratto quest'ultima non avrebbe aderito all'assicurazione, ovvero qualora le parti non giungano ad un accordo in merito alle variazioni di cui comma precedente, la Società può recedere dal contratto, con le modalità contrattualmente previste.

Art. 1.21 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e ss.mm.ii.. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizio, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società si impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'articolo 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamento effettuati dagli appaltatori, dai subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c. non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatesi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 2 Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, i CCNL vigenti e gli atti legislativi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta), verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 – Categorie assicurate ed Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dalle seguenti categorie assicurate nei termini di cui ai CCNL vigenti di riferimento e/o altre obbligazioni esistenti.

Si prende atto che qualsiasi variazione dovesse intervenire nei suddetti CCNL od obbligazioni, verranno automaticamente recepite e ritenute in garanzia dalla Società, senza obbligo di comunicazione da parte del contraente.

Categoria A: dipendenti in missione

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

I rischi di cui alla presente sezione si intendono estesi:

1. ai dipendenti e dirigenti espressamente autorizzati a svolgere adempimenti di servizio fuori ufficio e/o missioni e che non hanno diritto al rimborso chilometrico;
2. alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente

3. al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario del Contraente.

Categoria B: Medici Specialisti ambulatoriali, Medici addetti alla medicina dei servizi e fiscali, Biologi, chimici, Psicologi ambulatoriali, Veterinari Convenzionati

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede di lavoro, nonché in occasione dell'attività esterna ai sensi dell'ACN; sono compresi i danni verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale

Categoria C: Medici continuità assistenziale

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede di lavoro, nonché in occasione dell'attività esterna ai sensi dell'ACN.

Categoria D: Donatori sangue

L'assicurazione è prestata per tutte le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo di sangue nell'ambito dei locali in cui si effettuano le dette operazioni e durante il tempo necessario per il trasferimento con tutti i mezzi pubblici o privati, questi ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, salvo i donatori occasionali non iscritti per i quali la copertura dei rischi di trasferimento è limitata agli infortuni verificatisi successivamente alla donazione.

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

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

Categoria E: Medici specializzandi, Praticanti Ufficio Legale

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività professionale istituzionale ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede di lavoro.

Categoria F: Pazienti partecipanti a soggiorni terapeutici e a tirocini lavorativi

La copertura è operante per tutti i soggiorni terapeutici, i progetti di reinserimento, attività risocializzanti e i tirocini lavoro comunque organizzati dall'Ente, sia che le attività vengano svolte presso le strutture dell'Azienda che presso terzi, compreso il rischio in itinere.

Resta convenuto tra la parti che in caso di sinistro risarcibile a termini di polizza, l'indennizzo corrisposto dalla Società verrà corrisposto come se l'assicurato fosse integro e sano.

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

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

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;

- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.
- Le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.
- Infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

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

Art. 2.4 - Somme assicurate

Le somme assicurate sono quelle indicate nell'Allegato (Prospetto di offerta).

Art. 2.5 - Assicurabilità

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

Per gli appartenenti alla "categoria F" le garanzie e l'assicurazione stessa continuano ad essere operanti anche in presenza delle condizioni elencate precedentemente nel presente articolo.

DIABETE: A maggior precisazione di quanto indicato l'Assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 70 anni.

Art. 2.6 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.7 - Morte

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

Art. 2.8 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

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

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

Art. 2.9- Cumulo di indennità

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga

agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.10 - Inabilità Temporanea

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

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

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre, salvo indicazione diversa riportata nell'Allegato (Prospetto di offerta), dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta, salvo indicazione diversa riportata nell'Allegato (Prospetto di offerta), per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 4.1 (Denuncia dei Sinistri - Obblighi dell'Assicurato) la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 2.11 - Spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato nell'Allegato (Prospetto di Offerta).

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Art. 2.12 – Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde la somma indicata nell'Allegato (Prospetto di Offerta) in caso di ricovero reso necessario a seguito di infortunio per un massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Ai fini liquidativi si prende atto tra le parti che viene considerato un unico giorno la data di entrata e di dimissione dalla struttura nella quale l'assicurato è stato ricoverato.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

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

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

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

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

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

Art. 3.2 - Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dei Contraente.

Art. 3.3 - Controversie

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

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

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

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

Art. 3.4 - Liquidazione

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

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

Art. 4 - Condizioni particolari

Art. 4.1 - Rinuncia alla 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 (vedi art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 4.2 - Morte presunta

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

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

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

Art. 4.3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A maggior specificità di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 e art.3.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione Sezioni A e B), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 20% (venti per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 3.3 (Controversie).

Art. 4.4 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 4.5 - Esonero denuncia di infermità e difetti

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

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

Art. 4.6 - Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di € 10.000,00 per evento.

Art. 4.7 - Rischio in itinere

La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dall'abitazione, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.

Art. 4.8 - Morsi di animali, punture di insetti

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

Art. 4.9 - Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio

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

Art. 4.10 - Invalidità superiore al 50% pagamento somma assicurata 100%

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

Art. 4.11 - Rischio guerra (valida solo per la sezione B e C)

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

Art. 4.12 - Esposizione agli elementi (valida solo per la sezione B e C)

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

Art. 4.13 - Rischio volo (valida solo per la sezione B e C)

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

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

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

Art. 4.14 - Malattie Professionali (valida solo per la sezione B e C)

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

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

Dichiarazione

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

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.10 - Foro competente;

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori;

Data, _____

La Società

Il Contraente

ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)

Costituente parte integrante del presente contratto di assicurazione (da compilarsi esclusivamente in sede di Offerta Economica)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

- 1. CONTRAENTE** Azienda USL Roma 3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
Codice Fiscale/Partita Iva 04733491007
- 2. DURATA CONTRATTUALE** ANNI 2
DAL AL
- 3. SOMME ASSICURATE PRO CAPITE ESPRESSE IN EURO**

CATEGORIA A – DIPENDENTI IN MISSIONE

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Invalidità Temporanea	
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00
Diaria da Ricovero	

CATEGORIA B – MEDICI SPECIALISTI , MEDICI ADDETTI ALLE MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI, BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI, VETERINARI CONVENZIONATI

Assicurati	Morte	Invalidità Permanente	Invalidità Temporanea
Medici Specialisti	€ 1.032.913,80	€ 1.032.913,80	€ 154,94
Medici medicina dei servizi e fiscali	€ 774.684,35	€ 774.684,35	€ 51,65

Biologi, chimici e psicologi ambulatoriali	€ 774.684,35	€ 774.684,35	€ 77,47
Veterinari convenzionati	€ 774.684,35	€ 774.684,35	€ 77,47

CATEGORIA C – MEDICI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 774.684,35
Invalidità Permanente	€ 774.684,35
Invalidità Temporanea	€ 77,47
Rimborso Spese Mediche	€ 77,47
Diaria da Ricovero	

CATEGORIA D – DONATORI DI SANGUE E DONATORI DI PLASMA MEDIANTE AFERESI

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Invalidità Temporanea	€ 55,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.000,00
Diaria da Ricovero	

CATEGORIA E – PRATICANTI E MEDICI SPECIALIZZANDI

Assicurati	Morte	Invalidità Permanente	Invalidità Temporanea
Praticanti Ufficio Legale	€ 258.228,45	€ 258.228,45	€ 36,15
Medici Specializzandi	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 50,00

CATEGORIA F – PAZIENTI PARTECIPANTI A SOGGIORNO TERAPEUTICI E A TIROCINI LAVORATIVI E ATTIVITA' RISOCIALIZZANTI

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 50.000,00
Invalidità Permanente	€ 50.000,00

Invalidità Temporanea	
Rimborso Spese Mediche	€ 2.500,00
Diaria da Ricovero	€ 25,00

2. FRANCHIGIA

Soggetti Assicurati Art.2	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea
CATEGORIA A	nessuna	
CATEGORIA B		
Medici Specialisti	nessuna	
Medici addetti alla medicina dei servizi e fiscali	nessuna	
Biologi, chimici e psicologi ambulatoriali	nessuna	
Veterinari Convenzionati	nessuna	
CATEGORIA C		
Medici assistenziale	continuità	nessuna
CATEGORIA D		
Donatori sangue e Donatori Cellule staminali mediante aferesi	nessuna	
CATEGORIA E		
Praticanti ufficio legale	nessuna	
Membri del Comitato Etico	nessuna	
Medici Specializzandi	nessuna	
CATEGORIA F		
Pazienti partecipanti a soggiorni terapeutici e a tirocini lavorativi	nessuna	

3. OFFERTA Art. 2 Categoria A

Infortuni

1) chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei dipendenti e/o familiari degli stessi, chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei Direttori e/o familiari degli stessi

Km. 365.553,60 X Euro a Km = Euro

2) numero mezzi dell'Ente

N. 19 (comprensivo di 1 autoambulanza) X Euro a mezzo = Euro

4. OFFERTA - Art. 2 Categoria B, C, D, E, F

	N. preventivato	Premio unitario	lordo Premio lordo totale
Medici Specialisti	(330)	Euro	Euro
Medici addetti alla medicina dei servizi e fiscali	(22)	Euro	Euro
Medici continuità assistenziale	(58)	Euro	Euro
Biologi, chimici e psicologi ambulatoriali	(17)	Euro	Euro
Veterinari Convenzionati	(28)	Euro	Euro
Donatori che si sono presentati per donare	(n. 4198 donatori)	Euro	Euro
Donazioni di sangue intero effettuate	(n. 3324 donazioni)		
Donazioni effettuate in aferesi	(n.107 donazioni)		
Praticanti ufficio legale	(n. 2 soggetti)	Euro	Euro
Pazienti partecipanti a soggiorni terapeutici	(n. 68 giorni/ 432 pazienti)	Euro	Euro
Pazienti inseriti in tirocinio lavorativo	(n.2061gg/20pazienti)	Euro	Euro
Medici Specializzandi	(n. 8 soggetti)	Euro	Euro

OFFERTA (Art. 2 Categoria A) + OFFERTA (Art. 2 categorie B C D E F)

Totale Premio annuale lordo (IN CIFRE)	Euro
Totale Premio annuale lordo (IN LETTERE)	Euro

7. ACCETTAZIONE

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del , dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito/bando di gara ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

8. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei dati personali connesso allo svolgimento dell'attività oggetto del presente contratto, l'Azienda e la Società si impegnano a collaborare, quali rispettivamente Titolare e Responsabile Trattamento dei Dati, nell'assunzione delle decisioni in ordine alle finalità ed alle modalità del medesimo trattamento, nonché agli strumenti utilizzati. Le Parti si obbligano, l'una nei confronti dell'altra, ad osservare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (cd. GDPR) e al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., nonché tutta la normativa rilevante in materia. Si impegnano, in particolare, a:

- a) collaborare nell'adempimento dei suddetti obblighi di legge, al fine di assicurarne la semplificazione, l'omogeneità e l'efficacia;
- b) adottare ogni preventiva misura idonea a garantire la sicurezza dei dati personali oggetto dei trattamenti e dei flussi informativi connessi allo svolgimento della attività di cui al presente contratto;
- c) collaborare in caso di esercizio dei diritti da parte delle persone interessate (ad es.: utenti, pazienti, dipendenti, ecc.) o di richieste ed accertamenti delle componenti autorità amministrative e giudiziarie;
- d) informarsi reciprocamente e periodicamente sullo stato di attuazione degli obblighi previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., per le operazioni di trattamento di competenza di ciascuna Parte, in base a quanto previsto dal presente contratto.

Le Parti dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che i relativi dati personali saranno oggetto di trattamento da parte del personale a ciò incaricato delle rispettive strutture, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, per l'esecuzione degli obblighi assunti con il presente contratto e dei connessi adempimenti normativi, secondo le modalità e nei limiti ivi indicati. Ciascuna Parte potrà in qualunque momento rivolgersi all'altra Parte, ai recapiti indicati nel presente contratto, per esercitare i diritti previsti ai sensi del GDPR.

Data, _____

La Società

Il Contraente
