

ASSOCIAZIONE TEATRO BIONDO STABILE DI PALERMO

Via Teatro Biondo, 11 – 90133 PALERMO

CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

GARANZIA

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEGLI AMMINISTRATORI , DEI DIRIGENTI E DEL DIRETTORE (LOTTO 3)

- **DEFINIZIONI**
- **CAPITOLO 1 - Norme che regolano l'assicurazione in generale**
- **CAPITOLO 2 - Norme che regolano la garanzia**
- **CAPITOLO 3 - Norme che regolano le estensioni di garanzia**
- **CAPITOLO 4 - Norme che regolano i limiti dell'assicurazione infortuni**
- **CAPITOLO 5 - Norme che regolano la modalità di liquidazione dei sinistri**

DEFINIZIONI
(in ordine alfabetico)

- ASSICURATO - Persona per la quale è prestata l'assicurazione.
- CONTRAENTE- Associazione Teatro Biondo Stabile di Palermo, denominato altresì "Ente" o "Amministrazione"
- DECORRENZA - Data dalla quale entra in vigore la garanzia assicurativa.
- DIARIA DA RICOVERO - Indennità giornaliera riconosciuta in caso di ricovero in istituto di cura.
- INDENNIZZO - Somma dovuta dalla Società Assicuratrice in caso di sinistro.
- INFORTUNIO - Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- ISTITUTO DI CURA - Ospedale, clinica o casa di cura, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che sia permanentemente sotto la direzione e il controllo di un medico, che disponga di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche, che svolga l'attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di documentazione clinica completa.
- SOCIETÀ ASSICURATRICE - Società assicuratrice con la quale è stata stipulata la polizza.
- PREMIO - Somma dovuta dal Contraente alla Società assicuratrice .
- RISCHIO - Probabilità che si verifichi il sinistro.
- RICOVERO - Degenza comportante pernottamento in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera.
- DAY HOSPITAL - La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano:
 - riferite a sole terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
 - documentate da cartella clinica;
 - praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate;
 - effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.
-
- SCADENZA - Data dalla quale cessa la garanzia assicurativa.
- SINISTRO - Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- RETRIBUZIONE - A tutti gli effetti assicurativi si intende per tale il coacervo dei compensi di cui al vigente Contratto collettivo nazionale di lavoro per i dirigenti di aziende industriali. - E' considerata retribuzione annua quella percepita nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato l'infortunio o la malattia professionale . Per gli infortunati che non hanno raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio o della malattia professionale considerandosi, agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.
- SIR: l'acronimo di "Self-insured retention" e cioè Importo per sinistro che l'assicurato tiene a proprio carico, anche in termini di gestione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Capitolo 1

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento del rischio - Diminuzione del rischio - Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Anche con riferimento agli artt. 1892-1893-1894 c.c. l'Assicurato e/o Contraente è esonerato dal rendere ogni dichiarazione non fornita nell'ambito della procedura di gara, dal momento della sua indizione fino all'aggiudicazione.

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società Assicuratrice di ogni aggravamento del rischio.

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

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, (a titolo esemplificativo adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte, dissesto finanziario, commissariamento, scioglimento degli organi con provvedimento del ministero dell'interno o del prefetto)

L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali - Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del capoverso "Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali" del citato art 8 dalla ricezione della citata dichiarazione.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società assicuratrice è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivamente alla comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.), riconoscendo anche un ristorno proporzionale del premio pagato e non goduto, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come le incomplete od inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società Assicuratrice il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dalla comunicazione, all'atto della stipula della presente polizza, dello stato di salute, di precedenti infortuni, di eventuali menomazioni e di invalidità preesistenti riferite alle persone assicurate.

Art. 1.2 - Altre assicurazioni - Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dalla comunicazione, all'atto della stipula della presente polizza, dell'esistenza di altre assicurazioni. Le prestazioni della presente polizza sono cumulabili con quelle di altre eventuali assicurazioni prestate per gli stessi rischi.

Art. 1.3 - Pagamento del premio - Il pagamento del premio in rate semestrali, contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione dell'Impresa assicuratrice che devono indicare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio, avverrà in via anticipata entro 30 (trenta) giorni dalla data di stipula del contratto e per le rate successive entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza di ogni ricorrenza semestrale.

Il premio viene così determinato:

- **Per gli Amministratori del Contraente** (Il Presidente, Consiglieri di Amministrazione e componenti del collegio sindacale), applicando alle somme assicurate per morte ed invalidità permanente il tasso di premio indicato in offerta sui capitali globalmente assicurati; esso viene anticipato in via provvisoria sulla base del totale somma assicurata riferito alla globalità di n° 7 persone assicurate:
 - di € 3.500.000 per il caso di morte;
 - di € 3.500.000.000 per il caso di invalidità permanente;
- **Per i Dirigenti ed il Direttore del Contraente**, applicando alle retribuzioni il tasso di premio indicato in offerta ed esso viene anticipato in via provvisoria sulla base:
 - di € 250.000,00 di retribuzioni

Il Contraente, in caso di variazione del numero globale delle persone assicurate, deve comunicare alla Società, entro 120 giorni dalla di ogni anno di assicurazione, il numero totale persone assicurate nel corso dell'annualità precedente affinché la Società stessa possa procedere alla determinazione del premio consuntivo.

Inoltre, alla fine di ogni annualità assicurativa, la Società Assicuratrice fornirà atto di appendice contrattuale contenente il conteggio del premio attivo o passivo risultante sulla base della percorrenza chilometrica globale

totale e definitiva, oggetto di rimborso spese corrisposto al personale da parte dell'Amministrazione, che questa comunicherà alla Società Assicuratrice entro 120 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa. E' ammessa la comunicazione a mezzo telefax.

Dell'eventuale ritardo nell'adempimento dell'anzidetta comunicazione dovrà essere preventivamente data notizia alla Società Assicuratrice, indicando al contempo la data entro cui potrà essere adempiuta la comunicazione.

In caso di aumento rispetto al premio provvisorio anticipato, il Contraente verserà alla Società l'importo dell'aumento; in caso di diminuzione, la Società restituirà l'importo riscosso in più.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 45 giorni da quello in cui la Società ne abbia dato comunicazione al Contraente. In caso di diminuzione del premio la Società restituisce al Contraente l'importo riscosso in più.

Art. 1.4 - Durata dell'assicurazione - Il contratto decorre dalle ore 24 del 31/12/2016 e scadrà alle ore 24 del 31/12/2019.

La presente polizza non prevede il tacito rinnovo.

Art. 1.5 - Assicurazione per conto altrui - Poiché la presente assicurazione è prestata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 del Codice Civile.

Art. 1.6 - Oneri fiscali - Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, fatto salvo quanto indicato nel bando di gara.

Art. 1.7 - Foro competente - Foro competente è esclusivamente quello del Contraente.

Art. 1.8 – Clausola Broker - In ordine alla presente assicurazione, il Contraente dichiara di avvalersi della collaborazione - ai sensi del D.Lgs n° 209/2005 – del Broker di Assicurazione Alessandro Flaccomio (Iscritto alla Sezione B del R.U.I. n° B000013503) – con uffici Palermo, Via XII Gennaio, 1/g - Palermo. In tal senso si da atto che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al broker s'intenderà fatta come alla Società assicuratrice. La Società assicuratrice aggiudicataria del contratto e le eventuali coassicuratrici s'impegnano pertanto a riconoscere al broker le commissioni d'uso sui premi.

Art. 1.9 – Interazione di clausole - A deroga di quanto previsto dalle Condizioni prestampate nei moduli della Società assicuratrice, si conviene fra le Parti che qualora quelle Condizioni e/o Clausole prevedano l'esclusione e/o limitazione per alcuni rischi e/o eventi e/o circostanze e per tali rischi e/o eventi e/o circostanze così escluse e/o limitati sia altrimenti prevista copertura in questo Capitolato Speciale d'Appalto, il sinistro si intenderà coperto con applicazione delle eventuali franchigie e/o limiti di capitale indennizzabile previsti dalla specifica Condizione e/o Clausola estensiva di questo Capitolato Speciale d'Appalto .

Art. 1.10 - Norme per la gestione dei sinistri – Report periodico della sinistrosità - La Società Assicuratrice aggiudicataria dovrà mettere a punto un efficiente servizio di liquidazione danni per i sinistri generati dalla presente assicurazione, in relazione alla loro frequenza ed entità e dovrà garantire al Contraente e/o al Broker nominato in polizza i contatti operativi con gli uffici preposti al predetto servizio di liquidazione dei danni.

Produzione di informazioni sui sinistri

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro [l'elenco può variare a seconda della tipologia di rischio assicurato. A titolo esemplificativo, l'Ente potrà richiedere:
 - il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
 - la data di accadimento dell'evento;
 - la data della denuncia;

- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.]:

2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 0,20% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a € 500,00
3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.
4. 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 essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Gestione data base del committente

1. L'Assicuratore si impegna a fornire tempestivamente all'Amministrazione contraente le informazioni relative all'accadimento di ogni sinistro potenzialmente rientrante nell'ambito della SIR. La comunicazione riguarda anche la liquidazione, parziale dei sinistri.
2. L'Amministrazione contraente ha facoltà di richiedere informazioni puntuali sui singoli sinistri, concordando con l'Assicuratore la tempistica e le modalità per il rilascio delle stesse.
3. L'Amministrazione contraente detiene un proprio database relativo ai sinistri rientranti nelle quote di SIR, e rende disponibili all'Assicuratore i dati relativi agli stessi a seguito di richiesta dell'Assicuratore affidatario, rendendo accessibile il database allo stesso.
4. L'Amministrazione contraente risponde alle richieste dell'Assicuratore affidatario entro un termine di 15 giorni dal ricevimento della relativa richiesta.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire alla Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in data diversa da quella indicata.

Art. 1.11 - Modifiche dell'assicurazione – Forma delle comunicazioni

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto, anche mediante corrispondenza telefax con riscontro scritto della Società Assicuratrice alle richieste del Contraente o viceversa.

Per la gestione e l'esecuzione del presente contratto deve essere adottata la forma scritta nelle comunicazioni fra la Società Assicuratrice ed il Contraente e/o l'Assicurato.

E' ammessa la comunicazione a mezzo telefax, purché si evinca la data, l'ora, il numero delle pagine trasmesse ed il mittente, con relativo numero di telefono, del messaggio.

Art. 1.12 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali - Clausola di recesso

Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 1.1 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento del rischio - Diminuzione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati dedotti nel presente capitolato.
2. L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi del precedente comma (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 1.12 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui

al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

3. Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 10 (Norme per la gestione dei sinistri – Report periodico della sinistrosità) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

L'esercizio dell'azione di recesso, a discrezione dell'Ente Appaltante, potrà essere esteso anche agli altri lotti di gara aggiudicati alla stessa impresa assicuratrice.

Art. 1.13 - Esclusioni

L'assicurazione non copre i danni di qualsiasi tipo derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) Errore, malfunzionamento, insufficienza vera o presunta, incapacità o difetto di calcolo, comparazione, registrazione, correzione, successione, lettura, immagazzinaggio, manipolazione, immissione, determinazione, distinzione, conversione, trasferimento o di esecuzione di:
 - hardware, compresi microprocessori;
 - software;
 - sistemi operativi e relativi software;
 - reti di computers;
 - microprocessori non facenti parte di un sistema di computers (chips);
 - dispositivi elettronici computerizzati e loro componenti;
 - ogni altro prodotto, servizio, informazione o funzione che direttamente o indirettamente usi o dipenda dai sistemi sopra elencati, relativamente a date, tempi o informazioni che comprendano, dipendano, siano contingenti, derivino o incorporino una data o scadenza, a prescindere dal modo o mezzo di immagazzinaggio o registrazione;
- b) Qualsiasi consulenza, consultazione, progetto, valutazione, ispezione, installazione, manutenzione, sostituzione o supervisione prevista o eseguita dall'Assicurato, per determinare, rettificare o determinare problemi veri o potenziali relativi a circostanze elencate nel precedente paragrafo a).

Art. 1.14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.15 - Trattamento dei dati- Ai sensi del D.Lgs. 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Capitolo 2

Norme che regolano le garanzie operanti in caso di infortunio

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

a) Copertura infortuni degli Amministratori del Contraente (Consiglieri di Amministrazione e componenti del collegio sindacale):

L'assicurazione è prestata per tutte le persone che ricoprono la carica di Presidente, componente del Consiglio di Amministrazione e del Collegio sindacale del Contraente a copertura dei casi di morte e d'invalidità permanente e garanzie accessorie dedotte in polizza cagionati da infortunio verificatosi esclusivamente in occasione dell'espletamento del loro incarico istituzionale, compresi gli infortuni che dovessero verificarsi durante il tempo necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo ove esplica l'incarico e viceversa.

L'assicurazione è prestata, per ogni Persona Assicurata:

- **In caso di morte:** € 500.000,00 pro capite
- **In caso di invalidità permanente:** € 500.000,00 pro capite

b) Copertura infortuni dei Dirigenti ed il Direttore del Contraente:

L'assicurazione è prestata per tutte le persone alle dipendenze del Contraente appartenenti alla categoria di Dirigente e Direttore, a copertura dei casi di morte e d'invalidità permanente e garanzie accessorie dedotte in polizza cagionati:

- a) infortunio verificatosi in occasione o non di lavoro;
- b) malattie professionali che siano insorte nel corso della validità della presente polizza intendendosi come tali quelle attualmente indicate, per l'attività esercitata dal Contraente, nell'Allegato n. 4 "Tabella delle malattie professionali dell'industria" al T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali approvato con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni, e con applicazione della franchigia relativa ivi prevista. Vengono fatte eccezioni per la silicosi e per l'asbestosi e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono escluse dalla garanzia.

L'assicurazione è prestata, per ogni Dirigente e Direttore:

- **In caso di morte:**
per una somma corrispondente a cinque volte la retribuzione annua, ferma restando la somma minima convenuta in € 750.000,00 pro capite; la somma massima assicurabile è stabilita in € 1.000.000,00
- **In caso di invalidità permanente:**
fino ad una somma corrispondente a sei volte la retribuzione annua, ferma restando la somma minima convenuta in € 750.000,00 pro capite; la somma massima assicurabile è stabilita in € 1.000.000,00

In caso di rinnovo del C.C.N.L. di categoria, le anzidette somme massime assicurate verranno automaticamente rivalutate nella stessa proporzione esistente fra il nuovo trattamento economico e quello vecchio, acquisito in base al rinnovo del citato C.C.N.L.

Per l'identificazione delle persone assicurate, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società assicuratrice di effettuare accertamenti e controlli.

Art. 2.2. - Rischi compresi

Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni subiti durante i viaggi aerei: garanzia disciplinata dall'Art. 3.1 - Rischio Volo; (*)
- b) le ernie traumatiche: garanzia disciplinata dall'Art. 3.2 Ernie addominali traumatiche;
- c) gli infortuni riportati durante il servizio militare: garanzia disciplinata dall'Art. 3.3 - Servizio Militare;(*)
- d) gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezioni: garanzia disciplinata dall'Art. 3.4. - Guerra ed insurrezioni;
- e) la "morte presunta": garanzia disciplinata dall'Art. 3.5 - Morte presunta; (*)
- f) la "chirurgia ricostruttiva": garanzia disciplinata dall'Art. 3.6 - Chirurgia ricostruttiva;
- i) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di tutti i veicoli a motore, natanti e subacquei;
- k) l'annegamento;
- l) la folgorazione;
- m) l'assideramento e il congelamento;
- n) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- p) gli infortuni subiti in stato di malore, di incoscienza, o conseguenti a colpi di sonno;
- q) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- r) l'asfissia non di origine morbosa;
- s) i colpi di sole, di calore e di freddo;
- u) le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti e le ernie, salvo quanto previsto al precedente punto b):
- v) le infezioni e gli avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti;
- w) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche resi necessari da infortunio;
- z) gli infortuni conseguenti a influenze termiche ed atmosferiche;
- aa) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti.

Art. 2.3 - Garanzia Caso Morte

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

Art. 2.4 - Garanzia Invalidità Permanente conseguente ad infortunio

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente totale in proporzione al grado d'invalidità accertata, l'indennità è liquidata in base alle percentuali stabilite dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale d'invalidità permanente – Industria", allegato 1) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 come in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia da parte della Società Assicuratrice all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei casi di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, valgono per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

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

Norme Speciali per l'assicurazione invalidità permanente dei Dirigenti e del Direttore:

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente totale a seconda dei casi:

1. nella misura del 100% e senza applicazione di alcuna franchigia, quando l'invalidità permanente renda obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto d'impiego (invalidità specifica). La valutazione deve essere effettuata in base alle misure stabilite dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale d'invalidità permanente — Industria", allegato 1) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, come in vigore al 24 luglio 2000.
2. in proporzione al grado d'invalidità accertata, quando l'invalidità permanente consenta la prosecuzione del rapporto d'impiego (invalidità generica), l'indennità è liquidata in base alle percentuali stabilite dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale d'invalidità permanente — Industria", allegato 1) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, come in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia da parte della Società Assicuratrice all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Nei casi di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, valgono per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professionale dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Capitolo 3*Norme che regolano le estensioni di garanzia dell'assicurazione infortuni***Art. 3.1 - Rischio volo**

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

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

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

Art. 3.2 - Ernie addominali traumatiche

Fermo quanto previsto dall'Art. 5.2 - Criteri d'indennizzabilità, la garanzia comprende, limitatamente al caso di invalidità permanente le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo fino al 3% pro cento della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;

qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dall'Art. 5.6 - Modalità di valutazione del danno.

Art. 3.3 - Servizio militare

L'assicurazione è sempre operante durante il servizio militare di leva, anche in caso di richiamo, in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Art. 3.4 - Guerra e insurrezioni

L'Assicurazione comprende gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero.

Restano esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 3.5 - 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 Assicuratrice liquiderà ai beneficiari indicati nella scheda di polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione avverrà dopo che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt, 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società Assicuratrice avrà il diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residua.

Art. 3.6 - Chirurgia ricostruttiva

Qualora l'Assicurato a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza abbia riportato conseguenze di carattere estetico che, pur non comportando un'invalidità permanente, provochino sfregi e/o deformazioni, la Società Assicuratrice rimborserà le spese sostenute per interventi di chirurgia ricostruttiva, sino a un importo pari al 5% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale, con il minimo di Euro 1.500,00= e il massimo di Euro 15.000,00=.

Art. 3.7 – Garanzie accessorie

A Rimborso spese di cura conseguenti ad infortunio: fino alla concorrenza di € 25.000,00 per ciascun periodo assicurativo annuo e per ogni persona assicurata.

In deroga alle Norme e Garanzie prestampate nelle condizioni di polizza, la Società assicura il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio indennizzabile ai sensi della polizza e sostenute per onorari medici e chirurgici, per rette di degenza in istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento – comprese protesi ed apparecchi trapeutici - , esami ed accertamenti diagnostici, terapie fisiche e rieducative, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), trasporto in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio, prestazioni medico – infermieristiche, medicinali, acquisto/noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con un aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'Assicurato.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi, fino alla concorrenza, per ogni sinistro, della somma massima convenuta.

B Indennità giornaliera in caso di ricovero conseguente ad infortunio: per ogni persona assicurata, per una indennità giornaliera di € 103,00.

C Indennità giornaliera “gessatura/immobilizzazione”: per ogni persona assicurata, per una indennità giornaliera di € 103,00.

Art. 3.8 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società Assicuratrice rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili.

Art. 3.9 - Esposizione agli elementi

La Società Assicuratrice, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato dei mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà gli indennizzi dovuti per il caso di morte o di 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.-

Capitolo 4

Norme che regolano i limiti dell'assicurazione infortuni

Art. 4.1 - Delimitazioni ed esclusioni

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani e ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'Art. 3.1 - Rischio Volo;
- c) dalla pratica di pugilato, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, guidoslitta, speleologia, scalata di rocce o ghiacciai, sci acrobatico;
- d) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo nelle sue varie forme, parapendio, nonché dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore in competizioni non di regolarità e nelle relative prove;
- f) da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- g) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Art. 4.2 - Limiti di età

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

Art. 4.3 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Art. 4.4 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 4.5 - Invalità permanente conseguente ad infortunio: Franchigie

La liquidazione delle indennità dovute per invalidità permanente verrà determinata come segue:

- sulla parte di somma assicurata fino a Euro 500.000.000== l'indennizzo è dovuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- sulla parte di somma assicurata eccedente Euro 500.000.000== non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente, quando questa è di grado minore o pari al 5% della totale;

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% della totale la Società Assicuratrice liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

CAPITOLO 5

Norme specifiche che regolano le modalità di liquidazione dei sinistri infortuni

Art. 5.1 - Procedure in caso di sinistro

In caso di sinistro deve essere dato avviso scritto alla Società assicuratrice, entro 30 (trenta) giorni da quando se ne è avuta conoscenza, ai sensi dall'articolo 1913 del Codice Civile.

La denuncia dal sinistro deve contenere l'indicazione dal luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere seguita, al massimo entro 10 giorni, da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di decesso, i beneficiari o gli eredi, devono consentire alla Società assicuratrice le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

La Società Assicuratrice corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate, qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali di cui alla tabella dell'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

Art. 5.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e quantificato il danno, la Società assicuratrice effettua il pagamento dell'indennizzo, in Euro, presso la sede della Società assicuratrice o dell'agenzia cui è assegnata la polizza.

La Società assicuratrice si impegna a provvedere al pagamento stesso entro 15 giorni dalla data dell'atto di transazione.

Qualora non ci sia immediato accordo tra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo la Società assicuratrice nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico di cui all'Art. 5.6 - Modalità di valutazione del danno, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Art. 5.4 - Anticipi sull'indennizzo

Fermo restando quanto stabilito dalle presenti Norme, l'Assicurato, nei casi di seguito indicati, può richiedere anticipi sul pagamento dell'indennizzo in caso di invalidità permanente conseguente ad infortunio nella seguente modalità:

- Qualora trascorsi 90 giorni dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società Assicuratrice - dietro richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che gli spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

La somma anticipata verrà conguagliata al momento della liquidazione definitiva.

Art. 5.5 - Disposizioni sulla liquidazione degli indennizzi

L'indennizzo per il caso di Morte viene liquidato agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza diretta ed esclusiva di questo, l'Assicurato decede, i beneficiari o gli eredi hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per il caso morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

L'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato all'Assicurato. 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 assicuratrice paga agli eredi l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria e legittima.

Liquidazione degli indennizzi per Garanzie accessorie**A Rimborsamento spese di cura conseguenti ad infortunio:**

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi, fino alla concorrenza, per ogni sinistro, della somma massima convenuta.

B Indennità giornaliera in caso di ricovero conseguente ad infortunio:

La Società effettuerà il pagamento dietro presentazione di cartella clinica rilasciata dall'Istituto di cura presso cui è avvenuto il ricovero della persona assicurata, da cui risulti il giorno di accettazione e quello di dimissione. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. In caso di ricovero in "day hospital" le indennità assicurate verranno riconosciute per il 50% del loro ammontare.

- X **Indennità giornaliera "gessatura/immobilizzazione"**: La Società effettuerà il pagamento dietro presentazione di certificazione medica rilasciata dai medici e/o dall'Istituto di cura che ha provveduto alla prescrizione dell'applicazione del mezzo di immobilizzazione sulla persona assicurata, alla sua materiale applicazione ed alla sua effettiva e definitiva rimozione.

La Società Assicuratrice è tenuta, prima di procedere alla liquidazione, a fare sottoscrivere all'Assicurato e/o ai beneficiari di polizza, ampia e liberatoria quietanza in via di transazione generale e senza riserva alcuna,

tanto sul diritto al risarcimento/indennizzo quanto sull'entità del danno, con rinuncia ad ogni pretesa od azione in qualsiasi sede, anche eventualmente in corso, nei confronti dell'Amministrazione e di ogni altro obbligato e coobbligato e con impegno a non proporre querela o a rimettere quella eventualmente proposta.

Art. 5.6 - Modalità di valutazione del danno

L'applicazione di quanto previsto all'Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità, su istanza di una delle Parti può essere demandata per iscritto ad un collegio di due medici, nominati uno per parte o in caso di inadempienza di una di essa, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Palermo.

Il Collegio medico risiede nel comune di Palermo (PA).

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dei postumi a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni concordi del Collegio medico sono prese con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti mediante la firma del relativo verbale.

In ottemperanza alla Legge 244/2007 Art. 3 Commi 19 e 23 – Divieto di ricorso alle clausole compromissorie nei contratti pubblici, le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione di quanto previsto all'Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità, saranno oggetto di decisione dell'autorità giudiziaria a cui potrà adire la persona assicurata e/o il Contraente.

In tal caso la Società assicuratrice nell'attesa che la quantificazione dell'indennizzo definitivo sia determinato in sede giudiziaria, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, anche tramite il suo Perito, entro 15 giorni dalla data di formalizzazione del disaccordo, salvo eventuale conguaglio successivo, in base all'esito del procedimento giudiziario di cui sopra.

Art. 5.7 - Responsabilità Civile del Contraente

La Società assicuratrice si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese) agli assicurati o agli aventi diritto ai sensi di polizza, quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino alla concorrenza di un ulteriore importo, pari a quello che sarebbe dovuto secondo le condizioni di polizza a titolo di indennità per l'assicurazione infortuni.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente. In tal caso l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari di polizza recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente clausola.

La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili ai sensi di polizza.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società assicuratrice appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

La Società assicuratrice assume fino a quanto ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Si conviene comunque che, quando l'Impresa ha assunto la gestione penale, proseguirà a proprie spese e con i propri legali la difesa nei limiti previsti dal presente articolo, anche dopo la eventuale tacitazione della o delle parti lese fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della liquidazione del danno.