

LOTTO 5 - CIG A0169C9EC6
Capitolato tecnico dell'assicurazione
Temporanea caso Morte e Invalidità
permanente personale Dirigente (Vita
Dirigente)

S.E.A.B. Società Ecologica Area Biellese S.p.A.
Via T. Galimberti 10/A - BIELLA (BI)
P.IVA/C.F. 02132350022

Durata del contratto

Decorrenza ore 00.00 dell'01/01/2024 Scadenza
ore 00.00 dell'01/01/2025

(con facoltà di proroga fino alle 00.00 del 01/01/2026)

Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate

Art. 1 – Definizioni

Norme

Le norme riportate nel presente contratto 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 su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa

Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.

Assicurato

Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dirigente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione. Per Assicurato si intendono tutti i Dirigenti del Contraente, attuali e futuri, aventi un'età compresa: per il caso di morte fra i 18 ed i 75 anni, per il caso di invalidità permanente fra i 18 e i 70 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano il compimento, rispettivamente, del settantaseiesimo o del settantunesimo anno di età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione. L'Assicurazione di gruppo di cui alla presente polizza è un'assicurazione collettiva, che garantisce la copertura del rischio di morte o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

Beneficiario

In caso di morte: i beneficiari sono individuati nei soggetti formalmente indicati dallo stesso dirigente. In mancanza di tale indicazione, i beneficiari delle somme assicurate sono individuati ai sensi dell'art. 2122 del codice civile.

In tutti gli altri casi: l'assicurato.

Broker

L'Arca Consulenza Assicurativa di Gianni Coda & S.A.S. – con sede in Aosta, Viale Gran San Bernardo 10 - 11100 AOSTA – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

Comunicazioni

Tutte le comunicazioni effettuate per raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o

altro mezzo documentabile, sono parificate alla raccomandata AR.

Contraente

L'azienda che stipula il contratto. (S.E.A.B. S.p.A)

Età

Età dell'Assicurato alla data di effetto della Polizza.

Garanzie

Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Elenco

Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Art. 2 Attività assicurata e descrizione del rischio

Il presente contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente e la Società al fine di garantire la copertura di un capitale in caso di morte ed Invalidità totale e Permanente dei dirigenti in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto 18 comma 5 del C.C.N.L. dei Dirigenti delle imprese dei Servizi di pubblica Utilità e da eventuali accordi o regolamenti aziendali.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione**Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto**

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. 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.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

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

Ove sia ritenuto conveniente e qualora ciò sia consentito in base alla normativa vigente, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società, che s'impegna sin d'ora ad accettare incondizionatamente, la proroga del servizio, per un ulteriore anno, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lgs. 36/2023, alle medesime condizioni normative ed economiche in corso. La richiesta è formulata con preavviso di almeno tre mesi prima della scadenza.

Inoltre, su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, si intende operante quanto previsto ai sensi dell'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso. In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 120 giorni.

Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 c.c., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le forosuccessive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 c.c.).

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

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

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

Le regolazioni di premio per i nuovi ingressi e per le uscite in corso d'anno verranno effettuate in un'unica soluzione a fine anno applicando il tasso netto in corso. Nel caso di coperture di durata

inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

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

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

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.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 – Modifica del premio per variazione del rischio da operazioni straordinarie

Tuttavia, qualora in relazione a operazioni straordinarie, si dovesse verificare una variazione del rischio come definita all'art. 1 della presente Sezione, tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, la Società potrà richiedere la revisione del prezzo proporzionalmente al maggiore rischio.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle nuove quotazioni formulate dalla Società, decide in ordine alle stesse. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio".

Art. 6 – Recesso della Società

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120

giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Modifica del premio per variazione del rischio da operazioni straordinarie", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite PEC.

Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 6.1 e 6.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente, dettaglio sull'andamento dei sinistri così come disciplinato dall'art. 15 "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento. Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con e-mail, pec o altro strumento elettronico idoneo ad assicurarne la provenienza.

Art. 9 - Oneri fiscali/Cauzione definitiva

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

Alla Compagnia Assicurativa, ai sensi dell'art. 53 comma 4 e dell'art. 117 del D.Lgs. 36/2023, è richiesta la garanzia definitiva per l'esecuzione del contratto nella misura del 5% dell'importo contrattuale.

La garanzia può essere prestata nelle forme di cui all'art. 117 comma 1 del D.Lgs. 36/2023 ed è soggetta alle riduzioni di cui all'art. 106 c. 8 previste per la garanzia provvisoria.

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

Art. 10 - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato. Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Le norme riportate nel presente contratto 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 su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Ciò premesso, la Società prende atto che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole per il Contraente e/o l'Assicurato.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

Art. 14 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

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

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

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

Art. 15 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio e penali

La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti;
- f) sinistri relativamente ai quali la Società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione dell'importo.
- g) indicazione della garanzia interessata dal sinistro

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

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

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata giustificazione. In caso di mancato rispetto di quanto sopra previsto, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Impresa Assicuratrice dovrà corrispondere al Contraente una penale di importo pari all'1 per mille del contratto per ogni giorno solare di ritardo. Le penali applicate non possono superare complessivamente il valore del 10% dell'importo del contratto. L'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva. In caso di incapienza della cauzione definitiva, è fatto salva la facoltà del Contraente di ricorrere ai rimedi civilistici ordinari. E' salva altresì la facoltà del Contraente di trattenere l'importo delle penali dal primo premio utile da versare. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà quindi essere svincolata fino al termine del periodo assicurativo e comunque fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1 del presente articolo.

Art. 16 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere pagamentotrasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

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

La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa

l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 c.c, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

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

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Art. 17 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n°. 136/2010

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

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

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) specificato nella procedura di gara.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 18 - Trattamento dei dati

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

Art. 19 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 - Coassicurazione (operante se del caso)

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici/associate rimane stabilito che:

- in deroga al disposto dell'art. 1911 del Codice Civile, tutti i coassicurati saranno responsabili *in solido* nei confronti del contraente; la delegataria sarà tenuta, in ogni caso, ad assolvere direttamente e per intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici.

Con il presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Compagnia _____ Quota _____% - Delegataria

Compagnia _____ Quota _____%

Compagnia _____ Quota _____%

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Per il gruppo iniziale degli assicurati la copertura assicurativa decorre dalla data di effetto della presente polizza ed è subordinata al versamento del corrispondente importo di premio come previsto al precedente art. 4. "Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia" della Sezione 2.

Per i nuovi assunti o nominati la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dal Libro Unico del Lavoro del Contraente.

Ferma restando la copertura degli Assicurati come da Definizioni di Polizza, il Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici ed il codice fiscale relativi ai singoli assicurati.

La Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun pagamento una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'appendice-distinta, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi. Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'appendice-distinta s'intenderà verificata e ritenuta esatta. La quietanza sarà comprensiva degli eventuali diritti di polizza e delle imposte in vigore alla data dell'emissione.

La compagnia si impegna a produrre tutta la documentazione necessaria richiesta dal contraente e/o dall'assicurato per dimostrare le corrette detrazioni e/o deduzioni fiscali.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24.00 del giorno di risoluzione del rapporto di lavoro presso il Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 60 giorni.

Art.2 - Capitali assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari a € 300.000,00.

Art.3 - Documentazione sanitaria

Il presente contratto prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. o a eventuali importi definiti da Contratti Integrativi aziendali, di cui il Contraente fornirà estratto alla Società, con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali di cui all'art. 2 precedente, e cioè sino a € 300.000,00, indipendentemente dalle condizioni di salute dell'Assicurato;
- per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, al fine dell'accettazione in garanzia, l'Assicurato

dovrà presentare per il tramite del Contraente un apposito questionario anamnestico nonché sottoporsi agli eventuali accertamenti sanitari individuali richiesti dalla Società in esito alle risultanze del questionario stesso. Dovrà inoltre dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi.

La mancata presentazione, entro quarantacinque giorni dalla richiesta di copertura, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata e gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati.

Qualora l'accertamento sanitario richiedesse evidenze dei motivi di aggravamento del rischio tali da rendere necessaria l'applicazione di sovrappremi o l'effettuazione di ulteriori accertamenti sanitari, entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione, la Società darà comunicazione al Contraente della misura del sovrappremio da applicare o quali accertamenti sanitari siano da effettuare.

In questi ultimi casi, in attesa della definizione, le garanzie sono limitate ai capitali previsti al primo linea del presente articolo.

Art.4– Suicidio

La garanzia comprende il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Art.5 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 20 volte il capitale medio assicurato.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo lo stesso andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal medesimo evento in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art.6 – Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- in caso di morte: i beneficiari sono individuati nei soggetti formalmente indicati dallo stesso dirigente. In mancanza di tale indicazione, i beneficiari delle somme assicurate sono individuati ai sensi dell'art. 2122 del codice civile
- in caso di invalidità totale e permanente, l'Assicurato medesimo.

Art.7 – Esclusioni

I rischi di morte e di invalidità sono coperti qualunque possa esserne la causa.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell' Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell' Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Inoltre se durante il soggiorno dell'Assicurato all'estero si verifica uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili, l'Assicurato stesso è coperto per dieci giorni decorrenti dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità italiane. Diversamente la preesistenza di una situazione di guerra o simile in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa;

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- malattia da HIV o da sieropositività qualora il decesso avvenga nei primi tre anni dalla data di ingresso in assicurazione. E' facoltà dell'Assicurato richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga al test HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare. In questi casi, la Società corrisponderà solo un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduta.

E' inoltre esclusa la possibilità per l'Assicurato di ottenere, riscatti, prestiti e riduzioni di polizza.

Art.8 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento dell'indennizzo ed ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello apposito da richiedere alla Società;
- cartella clinica dell'ospedale, relativa al ricovero precedente il decesso;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria: copia del verbale redatto dagli Organi di Polizia, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- atti e documenti necessari per individuare i beneficiari: indicazione degli eredi legittimi, copia del testamento, eventuale atto notorio dal quale risulti che l'Assicurato abbia o meno lasciato testamento.

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente

Art. 1 - Invalidità totale e permanente

La Società garantisce in caso invalidità totale e permanente dell'Assicurato la corresponsione del capitale pattuito.

All'uopo si intende colpito da invalidità l'Assicurato che, per malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, manifestatasi dopo l'ingresso in assicurazione, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché l'evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con il contraente. Sono esclusi i soggetti che al momento dell'ingresso in assicurazione abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e questi si concludano con esito positivo.

Art 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente – Accertamento

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, utilizzando l'apposito modello e facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo di lettera raccomandata/e-mail, il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati:

- a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti.

La Società si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

L'avvenuto accertamento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Società, purché:

- il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente;
- la cessazione del rapporto di lavoro, in caso di accertato diritto all'assegno di invalidità, avvenga nel periodo di percezione, da parte dell'Assicurato, della rendita di invalidità e l'Assicurato sia stato mantenuto regolarmente in copertura.

Verificatasi la risoluzione del rapporto di lavoro, il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito il pagamento del capitale assicurato, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Gli Assicurati per i quali sia stato riconosciuto, da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza, il diritto all'assegno di invalidità, senza che questo abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro, saranno mantenuti regolarmente in copertura. La copertura per tali Assicurati dovrà essere rinnovata, da parte della Contraente, ad ogni ricorrenza annuale mediante il pagamento del premio corrispondente all'età, rimanendo esclusa l'applicazione di ulteriore sovra-premio sanitario. In caso di cessazione del rapporto di lavoro sarà liquidato il capitale assicurato, da parte della Società, se l'Assicurato risulterà, in quel momento, ancora percettore della rendita conseguente al riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità di cui sopra.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito il pagamento, il contratto per il caso di morte dell'Assicurato è parimenti estinto.

Art. 4 - Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, con lettera raccomandata/pec con ricevuta di ritorno spedita alla direzione della Società, la decisione di un collegio arbitrale, composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, il secondo dal Contraente o, su sua delega, dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove

dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei Medici risiede nel comune in cui ha sede l'Istituto medicinale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale, ove lo creda opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di dolo, violenza, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del Collegio Arbitrale devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale e tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

Ciascuna delle parti sostiene le spese di competenza del proprio medico e la metà di quella del terzo medico.

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata/pec, di cui al primo comma del presente articolo, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento d'invalidità, mentre la Società s'impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal collegio Arbitrale, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

Sezione 5 – Calcolo del premio

Il premio annuo lordo offerto è determinato applicando i tassi annui lordi per mille offerti alle somme assicurate indicate nella seguente tabella.

Si precisa che il totale dei Dirigenti è di 1 unità, di età come da tabella sotto riportata. Per "Età degli Assicurati" si intende quella che gli Assicurati raggiungeranno alla data di effetto della copertura (01/01/2024), calcolata sulla popolazione esistente alla data di pubblicazione della gara. Il premio di polizza effettivamente dovuto sarà calcolato sulla base delle somme assicurate e della consistenza numerica effettiva alla data del 01/01/2024.

SOMMA ASSICURATA	ETA' ASSICURATO	NUMERO DIRIGENTI
€ 300.000,00	13/05/1967	1 (UNO)