



**POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE ED INVALIDITÀ
TEMPORANEA E PERMANENTE
DIPENDENTI**

CIG: 8677272760

Lotto n°4

POLIZZA TCM ed Invalidità Totale e permanente Dipendenti n°

Tra: Catania Rete Gas spa (ex ASEC S.p.A.)
Partita I.V.A./C.F.: 03542180876
con sede in: Via Cristoforo Colombo, 150 95121 Catania
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____
si stipula la presente:

POLIZZA TCM ed Invalidità Totale e permanente Dipendenti n°

Contraente: Catania Rete Gas spa (ex ASEC S.p.A.)
Assicurato: Come da condizioni di polizza
Sede Legale: Via Cristoforo Colombo, 150 95121 Catania
Broker: Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura: Ore 24:00 del 10/05/2021
Scadenza della copertura: Ore 24:00 del 10/05/2023
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 10/05 di ogni anno
Frazionamento: annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

SEZIONE I - Definizioni, attività e partite assicurate:.....	5
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	8
Art. 1: Durata del contratto.....	8
Art. 2: Gestione del contratto	8
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede.....	8
Art. 4: Aggravamento del rischio.....	9
Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto.....	9
Art. 6: Diminuzione del rischio	9
Art. 7: Cessazione del rischio	9
Art. 8: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve ri-spondere.....	10
Art. 9: Pagamento del premio - Termini di rispetto.....	10
Art. 10: Costituzione e regolazione del premio	10
Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta	11
Art. 12: Ispezione della Società	11
Art. 13: Riferimento alle norme di legge - Foro competente.....	11
Art. 14: Interpretazione del contratto.....	11
Art. 15: Denuncia di sinistro	11
Art. 16: Informativa sui sinistri.....	11
Art. 17: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni	11
Art. 18: Coassicurazione ed Associazione Temporanea di Imprese.....	12
Art. 19: Trattamento dei dati	12
Art. 20: Tracciabilità dei flussi finanziari.....	12
Art. 21: Clausole vessatorie	12
Art. 22 – Revisione del prezzo	13
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	14
Art. 23: Soggetti assicurati	14
Art. 24: Oggetto dell'assicurazione	14
Art. 25: Ingresso e permanenza in assicurazione	14
Art. 26: Capitali assicurati	14
Art. 27: Documentazione sanitaria.....	14
Art. 28: Estensioni di copertura - Suicidio	15
Art. 29: Sinistro che colpisca più teste	15

Art. 30: Beneficiari	15
Art. 31: Modalità per la liquidazione dell'indennità	15
Art. 32: Esclusioni	16
Art. 33: Rinuncia al diritto di surroga	16
Art. 34: Controversie sulla definizione del danno	16
Art. 35: Altre assicurazioni - Detrazioni	16
Art. 36 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	16
SEZIONE IV - Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente	16
SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA....	20
VARIANTI MIGLIORATIVE	22
SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	22
Art. 1: Durata del contratto (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti).....	22
Art. 4: Aggravamento del rischio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)...	22
Art. 10: Costituzione e regolazione del premio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti).....	23
Art. 15: Rinuncia alla facoltà di recesso in caso di sinistro (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)	23

Premessa

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

SEZIONE I - Definizioni, attività e partite assicurate:

Art. 1 – Definizioni

Amministrazione o Ente: l'Ente Pubblico o la Società Pubblica Contraente dell'Assicurazione;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo:

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

Assicurato:

il soggetto, persona fisica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dipendente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione. Per Assicurato si intendono tutti i Dipendenti della Contraente, attuali e futuri, aventi un'età compresa: per il caso morte fra i 18 ed i 75 anni, per il caso 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, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

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.

Attività dell'Amministrazione:

l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Beneficiario:

il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato;

Broker: il Broker Willis Italia Spa;

Comunicazioni:	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla qual sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
<u>Contraente:</u>	il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;
Età:	Età dell'Assicurato alla data di effetto della Polizza.
<u>Elenco:</u>	elenco degli Assicurati con l'indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.
<u>Franchigia:</u>	la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;
Garanzie:	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
<u>Indennizzo:</u>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
<u>Infortunio:</u>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea;
<u>Liquidazione del danno:</u>	la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;
<u>Infortunio:</u>	l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili;
<u>Inabilità temporanea:</u>	l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;
<u>Invalidità permanente:</u>	la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);
<u>Premio:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Ospedale, clinica, casa o istituto di cura:</u>	la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;
<u>Polizza:</u>	il documento che prova e regola la assicurazione;
<u>Rischio extra-professionale:</u>	l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.
<u>Rischio professionale:</u>	l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Amministrazione;

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

Società: L'Impresa di Assicurazioni che garantisce il rischio e le eventuali Imprese Coassicuratrici o Mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto, oppure qualora trattasi di sindacato o sindacati dei Lloyd's, l'Assicuratore o gli Assicuratori.

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 Dipendenti in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto dai CCNL Federgasacqua e degli Accordi Aziendali in vigore, a favore di tutti i propri dipendenti, attuali e futuri, i quali sono pertanto a conoscenza ed autorizzano la stipulazione sulla loro vita della presente polizza.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 10/05/2021, e scadenza alle ore 24.00 del 10/05/2023, con scadenze annuali intermedie al 10/05 di ciascun anno, e con la possibilità per il Cliente di richiedere alla Compagnia il rinnovo della copertura alla scadenza del 10/05/2023 per un ulteriore periodo di un anno.

In questo ultimo caso la Compagnia non potrà rifiutarsi di rinnovare per una ulteriore annualità la copertura in scadenza. Resta sempre escluso il tacito rinnovo.

Inoltre, alla cessazione del contratto al 10/05/2023 da qualunque causa determinata, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 4 (quattro) mesi, a fronte di specifica richiesta del Contraente alla Società.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere un la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 4 (quattro) mesi.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto, per tutta la durata dello stesso (comprese eventuali proroghe e/o rinnovi) è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

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

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

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

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

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

Art. 4: Aggravamento del rischio

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

Per aggravamento 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, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore 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, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

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

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

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

Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto

Salvi i casi espressamente previsti dalla legge, la Società rinuncia al diritto di recedere dal contratto.

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, ultimo capoverso e 4 - Aggravamento del rischio, ultimo capoverso con un preavviso non inferiore a 120 giorni.

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

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 - Pagamento del premio – Termini di rispetto) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 6: Diminuzione del rischio

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

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 60 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Art. 7: Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa per causa diversa dal suo realizzarsi, parzialmente o totalmente, la Società rimborserà l'eventuale

rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

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

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

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti del Contraente, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 9: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio alla stessa spettanti entro i 60 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 10: Costituzione e regolazione del premio

Il premio annuo dovuto è determinato applicando, alla somma dei capitali assicurati, il tasso di premio netto corrispondente al valore dell'età media del gruppo assicurato alla data di inizio dell'Assicurazione.

In occasione di ciascun rinnovo il premio da corrispondere o, secondo le indicazioni del Contraente il capitale assicurato, verrà ricalcolato, solo qualora l'età media maturata dal gruppo assicurato ecceda di oltre 3 anni l'età media del gruppo assicurato alla data di inizio dell'assicurazione.

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.

Le regolazioni di premio per i nuovi ingressi e per le uscite in corso d'anno, inclusi i casi di cessazione dell'assicurazione per superamento dei limiti di età, verranno effettuate in un'unica soluzione a fine anno applicando il tasso netto in corso indipendentemente dalla variazione dell'età media del gruppo assicurato.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio di rinnovo e del premio consuntivo. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'Assicurazione stessa non potranno essere esercitati che per il tramite del Contraente.

Art. 12: Ispezione della Società

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

Art. 13: Riferimento alle norme di legge - 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 l'organismo di conciliazione individuato secondo quanto previsto dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 14: Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 15: Denuncia di sinistro

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente al Broker o alla Società entro 30 giorni lavorativi, da quando ne sia venuto a conoscenza.

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

Art. 16: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza quantomeno annuale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale editabile (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione della garanzia interessata dal sinistro
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato.

È facoltà delle parti richiedere ed impegno fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora venga richiesto.

Art. 17: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 C.C il Contraente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendente-

mente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 18: Coassicurazione ed Associazione Temporanea di Imprese

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Imprese di Assicurazione elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate. Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Imprese di Assicurazione elencate nel "Riparto".

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

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

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

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

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che li rimetterà unicamente alla Società Delegataria per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

La Società delegataria dichiara di avere ricevuto mandato a sottoscrivere la presente polizza ed a firmare i successivi documenti di modifica anche in nome e per conto delle Società Coassicuratrici: pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto tutti i relativi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

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

⇒ Compagnia ... Quota ... %

⇒ Compagnia ... Quota ... %

Art. 19: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679, 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. 20: Tracciabilità dei flussi finanziari

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

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

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

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

Art. 21: Clausole vessatorie

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

Art. 22 – Revisione del prezzo

Considerata la natura del contratto non è ammessa la revisione del prezzo ai sensi dell'art. 106 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. 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. 9 "Pagamento del premio".

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 23: Soggetti assicurati

Sono assicurati i dipendenti (esclusi i Dirigenti) attuali e futuri dell'Azienda regolarmente assunti, ai sensi di quanto previsto nel CCNL Feder Gas Acqua.

Art. 24: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione è la copertura di un capitale in caso di morte ed Invalidità totale e Permanente dei Dipendenti in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto dai CCNL dei Dipendenti di aziende del settore Gas-Acqua e da accordi o regolamenti aziendali.

Art. 25: 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.

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.

Su preventiva ed esplicita richiesta della Contraente, la Società rilascerà ad ogni singolo Assicurato un certificato d'ingresso in assicurazione e ogni anno la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alla normativa vigente.

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. 26: Capitali assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari all'importo offerto in sede di gara, con il minimo di Euro 26.000 per il caso morte ed Euro 26.000 per il caso di invalidità totale e permanente.

Il capitale assicurato è quello indicato nel certificato di polizza; il capitale indicato sarà incrementato del 50% nel Caso di morte e/o invalidità connessa ad Infortunio e del 100% nel caso di figli disabili.

Art. 27: 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. 26 precedente, e cioè sino a quanto offerto in sede di gara, 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.

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula delle polizze o che dovessero in seguito sopravvenire.

Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Si precisa che saranno, altresì, ammessi ad indennizzo gli infortuni subiti da portatori di handicap anche quando tali infortuni risultino riconducibili alle menomazioni psicofisiche di tali soggetti e sempre che gli infortuni si siano verificati durante l'attività di servizio prestata dall'Assicurato

Art. 28: Estensioni di copertura - Suicidio

L'assicurazione comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Art. 29: 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 (o il diverso multiplo offerto in sede di gara).

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. 30: Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- in caso di morte dell'Assicurato, quelli previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria applicato oppure dal Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale, di cui alla premessa del presente contratto;
- in assenza di tali previsioni, i beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato stesso ai sensi degli artt. 1920 e 1921 del Codice Civile o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari o in mancanza di testamento gli eredi legittimi in parti uguali;
- in caso di invalidità totale e permanente, l'Assicurato Medesimo.

Art. 31: Modalità per la liquidazione dell'indennità

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 appositi 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.

Art. 32: 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;
- uso di veicoli o natanti in competizione non di regolarità pura e alle relative prove o allenamenti;
- 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;
- 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.

Art. 33: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 34: Controversie sulla definizione del danno

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

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

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

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

Art. 35: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 36 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

SEZIONE IV - Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente

Art. 1 - Invalidità totale e permanente(maggiore o uguale al 66%)

Art.1 - Invalidità totale e permanente

Verificatasi l'invalidità permanente, l'Assicurato od il Contraente devono farne denuncia alla Società.

La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dipendente così come formulato:

- dall'INPS, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;
- dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.

La Società corrisponde l'indennizzo a condizione che la domanda per il riconoscimento dell'invalidità sia stata inoltrata ai sopra indicati Istituti durante il periodo dell'Assicurazione della presente polizza.

Ai fini del pagamento della prestazione, è necessario produrre tutta la documentazione dalla quale risulti l'avvenuto accertamento al diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'INPS o dell'INAIL.

Qualora, dodici mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'INPS o l'INAIL non avessero ancora riconosciuto o negato il diritto alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e sempre che l'INPS o l'INAIL non si siano nel frattempo pronunciati, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente, come definita al comma 8 del presente articolo. Tale facoltà, che è irrevocabile, deve essere manifestata a mezzo lettera raccomandata, trasmettendo contestualmente il certificato del medico curante redatto sul modulo speciale che la Società fornisce e l'eventuale ulteriore documentazione disponibile. Una volta esercitata, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'INPS o dell'INAIL, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra la Società e Assicurato.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

Quando non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento della pensione di inabilità, la Società avvierà la procedura di autonomo accertamento dell'invalidità permanente (con eventuale costituzione di apposito collegio arbitrale medico), come definita al comma successivo, senza attribuire alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva INPS. Il Contraente o l'Assicurato deve, in tal caso, richiedere alla Società l'avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità permanente, a mezzo lettera speciale innanzi menzionata.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

Ai fini dell'autonomo accertamento dell'invalidità permanente di cui ai commi precedenti, per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e retribuibile, qualunque fosse la professione esercitata e a condizione che il grado di invalidità risulti superiore al 66%.

L'invalidità deve essere stata causata da malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile.

Per il calcolo del grado di invalidità in caso di infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/6/65 n. 1124.

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

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, e null'altro sarà dovuto per il caso di morte.

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, 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 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, 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, 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.

Art.5 - Esclusioni

Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verificano dopo il compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e quelli dipendenti da: causa di guerra, da infortunio verificatosi sia in volo che a terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.

Dalla copertura di invalidità sono esclusi gli Assicurati ai quali, alla data di decorrenza del contratto, lo stato di invalidità o inabilità sia già stato riconosciuto dall'INPS e/o dall'INAIL, ovvero quei casi in cui a tale data sia stata già inoltrata la richiesta di detto riconoscimento a detti Istituti.

Art.6 – Denuncia dell'invalidità

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia alla Società entro i successivi due mesi, a mezzo lettera raccomandata.

SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Il premio annuo lordo offerto, è determinato applicando i tassi annui lordi per mille offerti alla somma media assicurata indicata nella seguente tabella.

Si precisa che il totale dei Dipendenti è di 43 unità, di età come da tabella.

Il premio di polizza effettivamente dovuto sarà calcolato sulla base delle somme assicurate e della consistenza numerica effettiva alla data di decorrenza del contratto, calcolato sull'età media delle teste assicurate ed in base al capitale medio assicurato per testa.

N° Progr.	Massimale offerto dal concorrente (in Euro)	Sesso	Data di nascita	Tasso annuo lordo offerto %°	Premio annuo lordo
1		M	10/01/1953		€
2		M	29/04/1973		
3		M	04/03/1953		
4		M	08/01/1969		
5		M	22/02/1974		
6		M	05/05/1973		
7		M	08/11/1961		
8		M	09/11/1962		
9		M	23/02/1955		
10		M	22/09/1966		
11		M	03/12/1970		
12		M	24/10/1972		
13		M	02/05/1970		
14		M	19/10/1971		
15		M	10/11/1975		
16		F	05/07/1978		
17		M	30/07/1976		
18		M	26/06/1954		
19		M	12/09/1963		
20		M	09/05/1966		
21		M	19/05/1973		
22		M	25/05/1965		
23		M	25/02/1972		
24		F	06/10/1974		
25		M	05/09/1958		
26		M	20/09/1961		
27		M	18/01/1959		

28		M	03/01/1967		
29		F	17/06/1980		
30		M	22/05/1953		
31		M	14/12/1959		
32		M	13/05/1969		
33		M	12/03/1973		
34		M	16/05/1968		
35		M	25/05/1980		
36		M	05/12/1975		
37		M	13/09/1961		
38		M	12/06/1962		
39		M	07/01/1964		
40		M	28/12/1954		
41		F	27/09/1971		
42		M	15/12/1953		
43		F	16/07/1968		

PAGINE DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI GARA

VARIANTI MIGLIORATIVE

Le seguenti clausole di Polizza costituiscono opzioni migliorative che, se offerte dall'Impresa, comporteranno l'assegnazione del punteggio tecnico specificamente indicato.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

L'art. 1 Durata del contratto della sezione II Condizioni Generali di Assicurazione si intende abrogato e sostituito dal seguente:

Art. 1: Durata del contratto (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 10/05/2021, e scadenza alle ore 24.00 del 10/05/2023, con scadenze annuali intermedie al 10/05 di ciascun anno, e con la possibilità per il Cliente di richiedere alla Compagnia il rinnovo della copertura alla scadenza del 10/05/2023 per un ulteriore periodo di un anno.

In questo ultimo caso la Compagnia non potrà rifiutarsi di rinnovare per una ulteriore annualità la copertura in scadenza. Resta sempre escluso il tacito rinnovo.

Inoltre, alla cessazione del contratto al 10/05/2023 da qualunque causa determinata, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 6 (sei) mesi, a fronte di specifica richiesta del Contraente alla Società.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere un la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

L'art. 4 Aggravamento del rischio della sezione II Condizioni Generali di Assicurazione si intende abrogato e sostituito dal seguente:

Art. 4: Aggravamento del rischio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.). Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità. Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire all'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

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

Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Le parti prendono e danno atto che non costituiscono in alcun caso aggravamento di rischio eventuali sinistri nonché l'aggravamento nella valutazione di sinistri, verificatisi o resi noti al Contraente in data successiva alla pubblicazione del bando di gara, anche se antecedenti la data di scadenza per la presentazione delle offerte ed il Contraente non è tenuto a darne comunicazione.

L'art. 10 Costituzione e regolazione del premio della sezione II Condizioni Generali di Assicurazione si intende abrogato e sostituito dal seguente:

Art. 10: Costituzione e regolazione del premio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando l'aliquota pro-mille convenuta per ciascun parametro previsto in polizza ed è costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto e da regolazioni annuali calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo, i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, la Società rinuncia al premio di regolazione laddove la stessa sia attiva e rimborsa la regolazione passiva al netto delle imposte.

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

L'art. 15 Facoltà di recesso in caso di sinistro della sezione II Condizioni Generali di Assicurazione si intende abrogato e sostituito dal seguente:

Art. 15: Rinuncia alla facoltà di recesso in caso di sinistro (Opzione migliorativa qualora offerta vale 10 punti)

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R.. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace fino al termine del Periodo Assicurativo per il quale il premio risulta pagato.