



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

CIG: 8356202C06

Lotto n° 1

POLIZZA TCM ed Invalidità Totale e permanente DIRIGENTI 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 DIRIGENTI 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 10/09/2020
Scadenza della copertura: Ore 24:00 del 10/09/2022
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 10/09 di ogni anno
Frazionamento: annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate	5
Art. 1 – Definizioni.....	5
Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio	6
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
Art. 1: Durata del contratto	6
Art. 2: Gestione del contratto	6
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
Art. 4: Aggravamento del rischio	7
Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto.....	7
Art. 6: Diminuzione del rischio	7
Art. 7: Cessazione del rischio	7
Art. 8: Dolo e colpa grave delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere	8
Art. 9: Pagamento del premio - Termini di rispetto.....	8
Art. 10: Costituzione e regolazione del premio	8
Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta - Legittimazione	8
Art. 12: Ispezione della Società	8
Art. 13: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	9
Art. 14: Interpretazione del contratto	9
Art. 15: Denuncia di sinistro	9
Art. 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro.....	9
Art. 17: Informativa sui sinistri	9
Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni	10
Art. 19: Coassicurazione ed Associazione Temporanea di Imprese	10
Art. 20: Trattamento dei dati	10
Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari	10
Art. 22: Clausole vessatorie.....	11
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione	11
Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione	11
Art.2 - Capitali assicurati.....	11
Art.3 - Documentazione sanitaria– esonero denuncia preventiva infermità.....	11
Art.4– Suicidio.....	12
Art.5 - Sinistro che colpisca più teste	12
Art.6 – Beneficiari	12
Art.7 – Esclusioni.....	12
Art.8 - Pagamenti della Società	13
Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente	
.....	13
Art. 1 - Invalidità totale e permanente	13
Art 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento	14
Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo.....	14
Art. 4 - Collegio arbitrale	15
Sezione 5 – Calcolo del premio	16
VARIANTI MIGLIORATIVE	17

Art. 1: Durata del contratto (Opzione migliorativa qualora offerta vale 5 punti)..... 17
Art. 4: Aggravamento del rischio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 5 punti)..... 17
Art. 10: Costituzione e regolazione del premio (Opzione migliorativa qualora offerta vale 5 punti)..... 18
Art. 15: Rinuncia alla facoltà di recesso in caso di sinistro (Opzione migliorativa qualora offerta vale 5 punti)..... 18

Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate

Art. 1 – Definizioni

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 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 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.

Beneficiario: La Contraente stessa in esecuzione degli specifici obblighi derivanti dal CCNL.

Broker: Il broker vigente 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.

Contraente: L'Azienda che stipula il contratto

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 l'indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Società: L'Impresa Assicuratrice.

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 dal CCNL dei Dirigenti di aziende industriali e da accordi o regolamenti aziendali.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 10/09/2020, e scadenza alle ore 24.00 del 10/09/2022, con scadenze annuali intermedie al 10/09 di ciascun anno, e con la possibilità per il Cliente di richiedere alla Compagnia il rinnovo della copertura alla scadenza del 10/09/2022 per un ulteriore periodo di due anni.

In questo ultimo caso la Compagnia non potrà rifiutarsi di rinnovare per un ulteriore periodo di due anni la copertura in scadenza. Resta sempre escluso il tacito rinnovo.

Inoltre, alla cessazione del contratto al 10/09/2022 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

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 Con-

traente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

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

Art. 4: Aggravamento del rischio

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

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, 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

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.

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 Con-

traente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 8: Dolo e colpa grave delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere

Le prestazioni del contratto in favore dell'Assicurato sono efficaci, salvo il caso in cui il sinistro sia ascrivibile a dolo o colpa grave dello stesso, giudizialmente accertati 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 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 attive calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo, i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente.

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

Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta - Legittimazione

La presente polizza è stipulata dal Contraente, ai sensi dell'art. 1891, 1° comma c.c., nell'interesse ed a favore del personale assicurato in conformità ai limiti previsti all'art. 3, comma 59 della legge n. 244/2007 (c.d. finanziaria del 2008) ed alla successiva giurisprudenza della Corte dei Conti.

La Pubblica Amministrazione assume pertanto l'esclusiva veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione, con il consenso degli Assicurati ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che per la loro natura non possono che essere adempiuti dall'Assicurato stesso.

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: Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R.. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso da una delle parti.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte. Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 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. 17: 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 equivalente), 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.

Le medesime informazioni dovranno essere fornite, nelle stesse modalità, alla Società dal Contraente con riferimento ai sinistri eventualmente gestiti dallo stesso (sinistri ricadenti nella S.I.R.).

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

Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni

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

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da terzi, sulle stesse cose o per gli stessi rischi, la Società risponde dei danni subiti dalle cose assicurate per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, fino alla concorrenza dei massimali previsti dalla presente polizza.

Art. 19: 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. 20: 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. 21: 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. 22: Clausole vessatorie

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

Sezione 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.

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.2 - Capitali assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari a € 300.000,00 o € 200.000,00, come da elenco assicurati allegato.

Art.3 - Documentazione sanitaria– esonero denuncia preventiva infermità

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.

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.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 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.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 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 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.

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, 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 operazione 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 rifiuti 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.

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.

N° Progr.	Somma Assicurata (in Euro)	Data di nascita	Sesso	Tasso annuo lordo offerto %° per M/F	Premio Unitario annuo lordo (Comprensivo di imposte e altre tasse) offerto dal concorrente
-----------	----------------------------	-----------------	-------	--------------------------------------	--

01	300.000,00	18/11/1959	M	€
02	200.000,00	27/12/1974	M	€

Premio annuo complessivo	Lordo complessivo	€
--------------------------	-------------------	---------

La Società

Il Contraente

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 5 punti)

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 10/09/2020, e scadenza alle ore 24.00 del 10/09/2022, con scadenze annuali intermedie al 10/09 di ciascun anno, e con la possibilità per il Cliente di richiedere alla Compagnia il rinnovo della copertura alla scadenza del 10/09/2022 per un ulteriore periodo di due anni.

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

Inoltre, alla cessazione del contratto al 10/09/2022 da qualunque causa determinata, è prevista la 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 inoltre facoltà del Contraente rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata da inviare alla Società con un preavviso di almeno 180 (centottanta) giorni antecedenti tale scadenza.

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 5 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 5 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 5 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.