

Lotto n° 1

Capitolato Speciale

POLIZZA

**TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DA MALATTIA
PER IL PERSONALE DI AGCM**

Stipulata tra:

*Autorità Garante della
Concorrenza e del Mercato*

Piazza Giuseppe Verdi 6 A

Cap 00198 Città Roma

C.F. n°97076950589

E

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Effetto: dalle ore 00.00 del 01/12/2017

Cessazione: alle ore 24.00 del 31/12/2019

Scadenza anniversaria al 31/12 di ogni anno

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

Indice

Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate..... 7

Art. 1 – Definizioni7

Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio.....8

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione..... 9

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto9

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....9

Art. 3 - Durata dell’assicurazione9

Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia.....9

Art. 5 – Revisione del prezzo10

Art 6 – Recesso per sinistro (Opzione base vale 0 punti)11

Art. 6 – Recesso della Società (Opzione migliorativa: vale 15 punti)11

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente.....11

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio11

Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso11

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione12

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società12

Art. 9 - Oneri fiscali12

Art. 10 - Foro competente12

Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione base vale 0 punti)12

Art. 11 - Interpretazione del contratto(Opzione migliorativa: vale 10 punti)12

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società13

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto13

Art. 15 - Clausola Broker15

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/201015

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge16

Art. 18- Trattamento dei dati16

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 19 – Estensione territoriale	16
Art. 21– Clausole vessatorie	16
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione	18
Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione.....	18
Art.2 - Capitali assicurati.....	18
Art.3 - Documentazione sanitaria (Opzione base : vale 0 punti).....	18
Art.3 - Documentazione sanitaria (Opzione migliorativa: vale 10 punti).....	19
Art.4– Suicidio.....	20
Art.5 - Sinistro che colpisca più teste (Opzione base : vale 0 punti)	21
Art.6 – Beneficiari	21
Art.7 – Esclusioni	21
Art.8 - Pagamenti della Società (Opzione base : vale 0 punti)	22
Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente.....	24
Art. 1 - Invalidità totale e permanente.....	24
Art 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento	24
Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo	25
Art. 4 - Collegio arbitrale	25
Sezione 5 – Calcolo del premio	26
<u>Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate</u>	<u>4</u>
<u>Art. 1 – Definizioni</u>	<u>4</u>
<u>Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio.....</u>	<u>5</u>
<u>Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione</u>	<u>6</u>
<u>Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto</u>	<u>6</u>
<u>Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....</u>	<u>6</u>
<u>Art. 3 - Durata dell’assicurazione</u>	<u>6</u>
<u>Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia.....</u>	<u>6</u>
<u>Art. 5 – Revisione del prezzo</u>	<u>7</u>

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

[Art 6 – Recesso per sinistro \(Opzione base vale 0 punti\)](#)8

[Art. 6 – Recesso della Società \(Opzione migliorativa: vale 15 punti\)](#)8

[Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente](#).....8

[Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio](#)8

[Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso](#)8

[Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione](#)8

[Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società](#)9

[Art. 9 - Oneri fiscali](#)9

[Art. 10 - Foro competente](#)9

[Art. 11 - Interpretazione del contratto \(Opzione base vale 0 punti\)](#)9

[Art. 11 - Interpretazione del contratto\(Opzione migliorativa: vale 10 punti\)](#)9

[Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società](#)9

[Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto](#)10

[Art. 15 - Clausola Broker](#)11

[Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010](#)12

[Art. 17 - Rinvio alle norme di legge](#)12

[Art. 18- Trattamento dei dati](#)12

[Art. 19 – Estensione territoriale](#)12

[Art. 21– Clausole vessatorie](#)13

[Sezione 3 – Condizioni di assicurazione](#)14

[Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione](#)14

[Art.2 - Capitali assicurati](#)14

[Art.3 - Documentazione sanitaria \(Opzione base : vale 0 punti\)](#)14

[Art.3 - Documentazione sanitaria \(Opzione migliorativa: vale 10 punti\)](#)15

[Art.4– Suicidio](#)16

[Art.5 - Sinistro che colpisca più teste \(Opzione base : vale 0 punti\)](#)16

[Art.6 – Beneficiari](#)17

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art.7 – Esclusioni	17
Art.8 - Pagamenti della Società (Opzione base : vale 0 punti)	17
Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente	19
Art. 1 - Invalidità totale e permanente	19
Art 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento	19
Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo	19
Art. 4 - Collegio arbitrale	20
Sezione 5 – Calcolo del premio	21
Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate	4
Art. 1 – Definizioni	4
Art. 2 – Attività assicurata e descrizione del rischio	5
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione	6
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto	6
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	6
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	6
Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia	6
Art. 5 – Revisione del prezzo	7
Art 6 – Recesso per sinistro (Opzione base vale 0 punti)	7
Art. 6 – Recesso della Società (Opzione migliorativa: vale 15 punti)	8
Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente	8
Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio	8
Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso	8
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	8
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	9
Art. 9 - Oneri fiscali	9
Art. 10 - Foro competente	9
Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione base vale 0 punti)	9

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

[Art. 11 - Interpretazione del contratto\(Opzione migliorativa: vale 10 punti\)](#)9

[Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società](#)9

[Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto](#)10

[Art. 15 - Clausola Broker](#)11

[Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010](#)12

[Art. 17 - Rinvio alle norme di legge](#)12

[Art. 18- Trattamento dei dati](#)12

[Art. 19 – Estensione territoriale](#)12

[Art. 21– Clausole vessatorie](#)13

[Sezione 3 – Condizioni di assicurazione](#)14

[Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione](#)14

[Art.2 - Capitali assicurati](#)14

[Art.3 - Documentazione sanitaria \(Opzione base : vale 0 punti\)](#)14

[Art.3 - Documentazione sanitaria \(Opzione migliorativa: vale 10 punti\)](#)15

[Art.4– Suicidio](#)16

[Art.5 - Sinistro che colpisca più teste \(Opzione base : vale 0 punti\)](#)16

[Art.6 – Beneficiari](#)17

[Art.7 – Esclusioni](#)17

[Art.8 - Pagamenti della Società \(Opzione base : vale 0 punti\)](#)17

[Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente](#)19

[Art. 1 - Invalidità totale e permanente](#)19

[Art 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento](#)19

[Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo](#)19

[Art. 4 - Collegio arbitrale](#)20

[Sezione 5 – Calcolo del premio](#)21

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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 a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dirigente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione. Per Assicurato si intendono tutti i dipendenti del Contraente e il personale comandato appartenente ad altre Amministrazioni, in servizio presso il Contraente, attuali e futuri, aventi un'età compresa: per il caso di morte fra i 18 ed i 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano il compimento, rispettivamente, del settantaseiesimo 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 da malattia 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	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente	L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (di seguito denominata Autorità) 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.
Retribuzione	per gli Assicurati appartenenti alla categoria “Dipendenti” : tutti quegli elementi che costituiscono la voce “imponibile previdenziale”, desumibile dalle scritture contabili della Contraente; per gli Assicurati appartenenti alla categoria “Comandati” : l'equiparazione retributivo-assistenziale all'imponibile previdenziale previsto per la categoria Dipendenti.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

Elenco	Elenco degli Assicurati con 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 da malattia ed Invalidità totale e Permanente da malattia, dei dipendenti , attuali e futuri, nonché del personale comandato appartenente ad altre Amministrazioni, in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto dai vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o in base al contratto/accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore.

L'Assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva che garantisce la copertura del rischio Morte da malattia e Invalidità Totale e Permanente da malattia, degli assicurati come definiti, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza del contratto stesso.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto

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

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch’esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

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

Art. 3 - Durata dell’assicurazione

L’Assicurazione è stipulata con effetto dalle ore 00.00 del 01/12/2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2019.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, , l’assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2019, fatta salva la facoltà di stipulare la ripetizione del servizio, alle medesime condizioni ed oneri, una sola volta fino alle ore 24:00 del 31.12.2020, ai sensi dell’art. 63, co.5 del d.lgs.50/2016, a condizione che, in tale momento, ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi.

E’ però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto per qualsiasi causa, richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all’espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d’ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nei casi previsti al successivo art. 6, alle condizioni e nelle modalità di cui al paragrafo 6.3

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

Il premio dell’Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione della seguente rateazione:

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

1° rata: 01/12/2017 - 31/12/2017

2° rata 31/12/2017 – 31/12/2018

3° rata 31/12/2018 – 31/12/2019

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza con applicazione a ciascuna scadenza, anche in caso di rinnovo o proroga di una mora di 60 giorni dalla data di consegna del documento contrattuale, ritenuto formalmente corretto.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della data di avvenuta consegna del documento contrattuale e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Il premio annuo dovuto è determinato applicando al capitale assicurato il tasso di premio netto indicato nella Scheda di Offerta economica.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Le regolazioni di premio per i nuovi ingressi e per le eventuali uscite in corso d'anno, comunicate dal Contraente verranno effettuate in un'unica soluzione a fine anno applicando il tasso netto in corso. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno tassi di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura sulla base di 1/365 del premio annuale.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio di rinnovo calcolato sullo stato di rischio aggiornato.

La Società, ricevuti detti dati provvederà all'emissione dell'appendice di rinnovo.

Detta appendice dovrà essere pagata nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dei relativi documenti contrattuali ritenuti formalmente corretti, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

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

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

- a) L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 – Revisione del prezzo

Considerata la natura del contratto non è ammessa la revisione del prezzo ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti", la revisione del prezzo. 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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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 quotazione formulate dalla Società, decide in ordine alle stesse. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio".

Art 6 – Recesso per sinistro (Opzione base vale 0 punti)

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 60 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 6 – Recesso della Società (Opzione migliorativa: vale 15 punti)

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

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

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

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 6.1 e 6.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 –

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

“Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio” necessari per la redazione del bando di gara per l’affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 6.1 e 6.2, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest’ultima, la Società s’impegna a prorogare l’assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. “proroga tecnica”).

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

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell’appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente oppure del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione base vale 0 punti)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell’interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l’interpretazione più estensiva e più favorevole all’Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Inoltre l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa: vale 10 punti)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell’interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l’interpretazione più estensiva e più favorevole all’Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l’oggetto dell’Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l’intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d’ora, rinuncia ad eccepire l’inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l’esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all’esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l’estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

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

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

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

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

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

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

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

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

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell’Assicurato, su richiesta di quest’ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant’altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio (Opzione base: vale 0 punti)

La Società:

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 30/06 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione migliorativa: vale 10 punti)

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- b) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri senza seguito;
- d) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Roma Viale di Villa Grazioli 23 -Tel. 06/545161 Fax: 06/5919718 , di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker.

La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura di € 6.007,50.

Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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

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

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

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18- Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 - Coassicurazione e Delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 21– Clausole vessatorie

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art.....
 Art.....
 Art.....
 Art.....
 Art.....
 Art.....

<L'indicazione delle suddette clausole è a carico della Società aggiudicataria, che dovrà provvedervi prima della stipula e segnatamente nel termine indicato nel Disciplinare di gara.>

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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 dai documenti utilizzati a tale scopo dal Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni, semprechè venga valutata positivamente la documentazione prevista per l'ingresso in copertura, secondo quanto previsto all'Art. 3 – Documentazione sanitaria.

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 copertura assicurativa a favore di ogni assicurato cessa:

- di norma alla scadenza contrattuale;
- anticipatamente alla scadenza contrattuale dal momento della comunicazione di cessazione alla Società da parte della Contraente , la quale indicherà gli estremi della posizione individuale ed il motivo della cessazione anticipata.

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 rilevi sui dati evidenziati nell'appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilevi, 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.

Art.2 - Capitali assicurati

I capitali assicurati comunicati dalla Contraente all'inizio di ogni periodo assicurativo sulle singole teste sono stabiliti in base a criteri oggettivi, uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Alla decorrenza della presente polizza detti capitali assicurati devono intendersi calcolati nella misura di tre annualità di retribuzione, come definita, alla data del 31/12/2016.

Nell'arco della durata del contratto, e ferma restando l'unicità del contratto stesso, il capitale iniziale verrà annualmente adeguato in funzione degli incrementi retributivi a qualsiasi titolo verificatisi con riferimento alla data del 31/12 di ogni anno.

In caso di morte dell'Assicurato o di accertata invalidità totale e permanente, sempreché questo sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento del premio, verrà corrisposto il capitale assicurato come definito.

Art.3 - Documentazione sanitaria (Opzione base : vale 0 punti)

All'attivazione della presente polizza, e in occasione di ogni comunicazione di inclusione la Contraente fornirà:

- un elenco identificativo dei soggetti assicurati riportante:
 - ✓ nome e cognome
 - ✓ data di nascita

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- ✓ sesso
- ✓ qualifica
- ✓ codice fiscale
- ✓ capitale assicurato

- “Dichiarazione del Datore di Lavoro” (Allegato A) attestante che gli Assicurati riportati in elenco, non sono stati assenti dal lavoro negli ultimi due anni per malattia per piu’ di 20 giorni consecutivi ;
- per i neo-assunti sarà necessario fornire in alternativa la “Scheda Assuntiva” (Allegato B).

Per gli Assicurati che hanno registrato un periodo di assenza superiore a quanto sopra indicato dovrà essere fornita la “Scheda Assuntiva” (Allegato B)

Per gli Assicurati che non siano nella possibilità di sottoscrivere nella sua interezza la Scheda Assuntiva (Allegato B) verrà richiesta la compilazione del “Questionario per l’ingresso in Assicurazione” (Allegato C)

Per gli Assicurati soggetti alla compilazione del “Questionario per l’ingresso in Assicurazione” (Allegato C), la Società ha facoltà di:

1. dare efficacia alla copertura assicurativa accogliendo il rischio alle condizioni pattuite;
2. dare efficacia alla copertura assicurativa, subordinandola all’applicazione di un sovrappremio rapportato alle valutazioni della propria consulenza medica (taratura del rischio)
3. dare efficacia alla copertura assicurativa escludendo o limitando la garanzia ad eventuali patologie dichiarate dall’Assicurato nel Questionario per l’ingresso in Assicurazione
4. richiedere ulteriori accertamenti sanitari
5. dichiarare il non accoglimento del rischio

La Società si impegna ad effettuare le valutazioni della documentazione sanitaria ricevuta dai soggetti che hanno compilato l’allegato C) entro 30 giorni di calendario dalla data di ricezione della documentazione sanitaria anche integrativa ed a comunicarne l’esito .

Nel frattempo per questi soggetti, la copertura assicurativa risulta limitata agli eventi che siano conseguenza diretta dell’insorgere di malattie non preesistenti e non conosciute.

La Contraente ha facoltà di non accettare l’eventuale sovrappremio richiesto dalla Compagnia, in tal caso la copertura assicurativa non opererà per il soggetto assicurato.

Si precisa che tutta la documentazione richiesta ai fini della valutazione del rischio, dovrà essere trasmessa direttamente alla Società.

Art.3 - Documentazione sanitaria (Opzione migliorativa: vale 10 punti)

All’attivazione della presente polizza, e in occasione di ogni comunicazione di inclusione la Contraente fornirà:

- un elenco identificativo dei soggetti assicurati riportante:
 - ✓ nome e cognome

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

- ✓ data di nascita
- ✓ sesso
- ✓ qualifica
- ✓ codice fiscale
- ✓ capitale assicurato

- “Dichiarazione del Datore di Lavoro” (Allegato A) attestante che gli Assicurati riportati in elenco, non sono stati assenti dal lavoro negli ultimi due anni per malattia per piu’ di 20 giorni consecutivi ;
- per i neo-assunti sarà necessario fornire in alternativa la “Scheda Assuntiva” (Allegato B).

Per gli Assicurati che hanno registrato un periodo di assenza superiore a quanto sopra indicato dovrà essere fornita la “Scheda Assuntiva” (Allegato B)

Per gli Assicurati che non siano nella possibilità di sottoscrivere nella sua interezza la Scheda Assuntiva (Allegato B) verrà richiesta la compilazione del “Questionario per l’ingresso in Assicurazione” (Allegato C)

Per gli Assicurati soggetti alla compilazione del “Questionario per l’ingresso in Assicurazione” (Allegato C), la Società ha facoltà di:

1. dare efficacia alla copertura assicurativa accogliendo il rischio alle condizioni pattuite;
2. dare efficacia alla copertura assicurativa, subordinandola all’applicazione di un sovrappremio rapportato alle valutazioni della propria consulenza medica (taratura del rischio)
3. dare efficacia alla copertura assicurativa escludendo o limitando la garanzia ad eventuali patologie dichiarate dall’Assicurato nel Questionario per l’ingresso in Assicurazione
4. richiedere ulteriori accertamenti sanitari
5. dichiarare il non accoglimento del rischio

La Società si impegna ad effettuare le valutazioni della documentazione sanitaria ricevuta dai soggetti che hanno compilato l’allegato C) entro 20 giorni di calendario dalla data di ricezione della documentazione sanitaria anche integrativa ed a comunicarne l’esito .

Nel frattempo per questi soggetti, la copertura assicurativa risulta limitata agli eventi che siano conseguenza diretta dell’insorgere di malattie non preesistenti e non conosciute.

La Contraente ha facoltà di non accettare l’eventuale sovrappremio richiesto dalla Compagnia, in tal caso la copertura assicurativa non opererà per il soggetto assicurato.

Si precisa che tutta la documentazione richiesta ai fini della valutazione del rischio, dovrà essere trasmessa direttamente alla Società.

Art.4– Suicidio

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art.5 - Sinistro che colpisca più teste (Opzione base : vale 0 punti)

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 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.5 - Sinistro che colpisca più teste (Opzione migliorativa 5X: vale 10 punti)

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 8 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.5 - Sinistro che colpisca più teste (Opzione migliorativa 5Y: vale 15 punti)

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 10 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 assenza di previsioni contrattuali, 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. É 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 quattordici giorni decorrenti dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità italiane. Diversamente la preesistenza di una situazione di guerra o similare 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;

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

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

Art.8 - Pagamenti della Società (Opzione base : vale 0 punti)

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.8 - Pagamenti della Società (Opzione migliorativa: vale 10 punti)

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 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

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, risulti inidoneo alla prosecuzione del rapporto di lavoro in atto sino a quel momento con la 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.

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, facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo di lettera raccomandata i seguenti documenti:

- ✓ il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società.
- ✓ Certificato di nascita
- ✓ Referto medico del riconoscimento dello stato di Invalidità totale e permanente, redatto dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS);
- ✓ Comunicazione del conseguente provvedimento di cessazione dal servizio, deliberato dai competenti organi della Contraente.

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.

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

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

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.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 5 – Calcolo del premio

Si precisa che i capitali indicati nel presente documento sono stati calcolati dalla Contraente sulla base delle retribuzioni, come definite nel presente capitolato, alla data del 31 dicembre 2016 e in relazione alla popolazione presente presso la Contraente al 31.03.2017.

Tali dati vengono forniti al solo fine di consentire alle compagnie partecipanti di esprimere la propria offerta nelle modalità riportate nella scheda di offerta economica.

SESSO	ETA'	UNITA' ASSICURATE PER ETA'	CAPITALE ASSICURATO
F	30	1	132.674,25
F	32	2	463.262,40
F	33	3	626.935,95
F	34	3	590.380,08
F	35	3	625.240,41
F	36	2	371.943,12
F	37	4	919.656,43
F	38	4	735.190,92
F	39	6	1.281.891,84
F	40	2	370.248,93
F	41	6	1.391.802,33
F	42	5	1.503.479,46
F	43	4	1.062.255,69
F	44	6	1.806.889,23
F	45	7	2.172.516,63

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

F	46	7	2.011.093,56
F	47	12	3.985.979,04
F	48	6	1.863.745,17
F	49	14	3.895.684,83
F	50	5	1.377.513,54
F	51	4	1.321.393,77
F	52	11	3.104.305,08
F	53	6	2.083.856,52
F	54	5	1.947.424,65
F	55	8	2.862.242,61
F	56	4	1.185.464,67
F	57	5	1.844.552,91
F	58	3	994.276,20
F	59	6	2.982.501,45
F	60	3	564.196,20
F	61	1	401.490,72
F	62	1	139.088,46
F	65	2	519.087,48
M	29	1	190.357,20
M	31	1	228.439,56
M	32	1	191.021,10
M	33	3	632.137,62
M	34	3	664.972,38
M	36	1	227.532,03
M	37	5	1.164.722,28
M	38	3	780.756,12

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017

M	39	3	810.602,07
M	40	3	675.493,17
M	41	3	985.921,86
M	42	3	907.271,37
M	43	4	1.003.471,98
M	44	3	1.270.572,15
M	45	3	920.092,08
M	47	2	1.025.054,04
M	48	4	866.484,81
M	49	5	1.504.957,32
M	50	2	579.003,81
M	51	7	3.031.355,40
M	52	6	2.557.486,02
M	53	9	3.066.669,33
M	54	7	2.883.817,89
M	55	4	1.266.478,38
M	56	2	948.163,56
M	57	1	434.435,16
M	58	2	772.483,98
M	59	6	3.087.676,17
M	60	2	565.417,56
M	62	2	711.481,83
M	63	3	1.142.881,62
M	65	1	721.223,16

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

23 Giugno 2017