

Lotto 1 B
Capitolato Speciale

POLIZZA
LONG TERM CARE
(GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA)

Stipulata tra:

*Autorità Garante della
Concorrenza e del Mercato*

Piazza Giuseppe Verdi 6 A

Cap 00198 Roma

P.IVA n°.....

E

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°.....

Sommario

Sezione 1 – Definizioni , soggetti assicurati	3
Art. 1 – Definizioni	3
Art. 2 Clausola di raccordo	4
Sezione 2 - Condizioni generali di assicurazione	5
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto	5
Art. 2 - Durata dell’assicurazione	5
Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	5
Art. 4 – Recesso per sinistro	6
Art. 5 – Revisione del prezzo	6
Art. 6 – Calcolo del premio di perfezionamento, rinnovo e regolazione premio.....	6
Art. 7 - Modifiche dell’assicurazione	7
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	7
Art. 9 - Oneri fiscali	7
Art. 10 - Foro competente	7
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	7
Art. 12 - Assicurazione per conto di chi spetta.....	8
Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	8
Art. 14 - Coassicurazione e delega ^(opzionale)	8
Art. 15 - Clausola Broker.....	9
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010	9
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge	9
Art. 19 - Estensione territoriale	9
Art. 21 – Clausola di esclusione territoriale*	10
Sezione 3 - Condizioni di assicurazione	11
Art. 1 Oggetto della garanzia.....	11
Art. 2 Soggetti Assicurati	11
Art. 3 Ingresso e permanenza in Assicurazione.....	11
Art. 4 Rendite assicurate	11
Art. 5 Definizione dello stato di non autosufficienza	11

Sezione 1 – Definizioni , soggetti assicurati

Art. 1 – Definizioni

Le norme qui di seguito riportate 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.

Assicurato	<p>Categoria 1) il personale dirigente in servizio Categoria 2) il personale dipendente non dirigente in servizio Categoria 3) I Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) in corso di mandato.</p> <p>Si precisa che nelle categorie 1 e 2 si intendono compresi : il personale dirigente e non, in posizione di comando, distacco, fuori ruolo o aspettativa con o senza assegno; il dipendente non di ruolo, con contratto a tempo determinato in comando, distacco e fuori ruolo presso la Contraente; dipendenti in aspettativa non retribuita che si recano presso altri Enti a svolgere incarichi simili, anche all'estero.</p> <p>Fermo quanto sopra si intendono assicurate le persone aventi un'età compresa fra i 18 ed i 75 anni. Tuttavia, per persone che raggiungano il compimento del settantacinquesimo 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</p>
Beneficiario	Soggetto che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Per questo contratto il Beneficiario coincide con l'Assicurato.
Broker	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto- Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato - AGCM
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Garanzia	Copertura assicurativa prevista dal Contratto in base al quale la Compagnia si impegna, al verificarsi dell'evento assicurato, a pagare la Prestazione assicurata all'Assicurato.
Differimento	L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Periodo di Validità del Contratto	il Periodo di Assicurazione corrisponde separatamente a ciascuna annualità della Durata del Contratto, distinta dalla precedente e dalla successiva annualità. Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto alla data e all'ora d'inizio della Durata del Contratto.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Società	L'impresa assicuratrice, le imprese coassicuratrici nonché gli Assicuratori dei Lloyd's, identificati nei documenti di polizza, i quali tutti si impegnano ciascuno per la propria parte, disgiuntamente e non solidalmente.

Art. 2 Clausola di raccordo

Premesso che è stata stipulata separata polizza n..... con la medesima compagnia per il la copertura Caso Morte e ITP da malattia, si conviene che la presente polizza forma rischio comune con la predetta polizza. Resta inteso che la decadenza della polizza n..... comporterà l'automatica inoperatività della presente polizza.

Sezione 2 - Condizioni generali di assicurazione

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

Si considerano ininfluenti, nella reale rappresentazione del rischio globale, le circostanze oggettive di tempo, di luogo, di mansioni, di salute nonché lo stato subiettivo dei singoli assicurati in ordine alle stesse.

La Società, in deroga alle norme di cui agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898, 1926, 1927 c.c., rinuncia espressamente a ogni diritto, eccezione e pretesa fondati su dette norme, mentre in relazione al disposto dell'art. 1900 c.c. tale rinuncia è limitata ai soli casi di colpa grave, con la conseguente esclusione dalla copertura assicurativa per i sinistri cagionati con dolo.

Art. 2 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per il periodo di due anni: dalle ore 24.00 del 31.12.2024 alle ore 24.00 del 31.12.2026.

- la Contraente, ai sensi dell'art. 120, comma 10 del D.lgs 36/2023, si riserva la facoltà di prorogare il Contratto, per una durata massima pari a 12 mesi, ai medesimi prezzi, patti e condizioni stabiliti nel Contratto.; l'esercizio di tale facoltà è comunicato alla Società almeno 30 giorni della scadenza del contratto;
- in casi eccezionali, il contratto in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente se si verificano le condizioni indicate all'articolo 120, comma 11, del Codice. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

Nei suddetti casi, alla Società verrà riconosciuta la 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 ulteriore decorrente dalla scadenza o cessazione del contratto.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata o pec da inviare con almeno 120* giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Opzione migliorativa – elevazione del termine di preavviso come da offerta tecnica

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con rateizzazione annuale a decorrere dal 31.12.2024.

Il contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, con un termine di mora di 60 giorni a decorrere dalla data di consegna del documento contrattuale, ritenuto formalmente corretto.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o 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 scadenza 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.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

- 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.

La Società conviene che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o PEC o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Art. 4 – Recesso per sinistro

Non si applica al presente contratto.

Art. 5 – Revisione del prezzo

Sin dalla prima scadenza utile, qualora in occasione del rinnovo, risulti l'aumento della media età degli assicurati, in misura superiore al 10%, la Società potrà richiedere ai sensi dell'art. 60 del d.lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali previsti.

Il Contraente, entro 15 giorni, tenuto conto delle richieste formulate e a seguito della relativa istruttoria, decide in ordine alle stesse, formulando eventuale controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui al comma 1, presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con il termine di preavviso previsto all'Art. 2) Durata dell'assicurazione, ultimo comma, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata). 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.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 13 – "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 in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

Qualora alla data di effetto del recesso, 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, normative ed economiche, in vigore. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente.

Art. 6 – Calcolo del premio di perfezionamento, rinnovo e regolazione premio

Premesso che il tasso medio aggiudicato, resterà fisso ed invariato per l'intera durata dell'Assicurazione comprese eventuali attivazioni di periodi di proroga contrattuale, secondo quanto previsto alla Sez.1 -Art. 3 Durata dell'Assicurazione, e Art. 5 Revisione del prezzo ultimo comma, di seguito la disciplina inerente al pagamento dei premi annuali::

- Entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza, la Contraente si impegna a comunicare lo stato di rischio aggiornato per il conteggio del premio di perfezionamento. Entro e non oltre i 30 giorni successivi al ricevimento di detti dati la Società si impegna ad emettere la relativa polizza.

- La Contraente si impegna a comunicare entro i 30 giorni successivi alla data di rinnovo annuale, l'importo del capitale assicurato per singolo Assicurato, e lo stato di rischio aggiornato, al fine di consentire il calcolo del premio di rinnovo. Entro e non oltre i 30 giorni successivi al ricevimento di detti dati la Società si impegna ad emettere la relativa appendice di rinnovo.
- La Contraente si impegna a comunicare entro il 30 settembre di ogni anno, l'aggiornamento dei capitali assicurati alla data del 31.08 di ogni anno. Entro e non oltre i 30 giorni successivi al ricevimento di detti dati la Società si impegna ad emettere la relativa appendice di regolazione, calcolata sugli ingressi, sulle uscite nel corso del periodo 1° gennaio – 31 agosto, nonché sull'aggiornamento dei capitali di cui sopra. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione di 1/365mo del premio annuo.
- La Contraente si impegna a comunicare entro il 31 gennaio di ogni anno, l'aggiornamento dei capitali assicurati al 31.12 dell'anno precedente. Entro e non oltre i 30 giorni successivi al ricevimento di detti dati la Società si impegna ad emettere la relativa appendice di regolazione, calcolata sugli ingressi, sulle uscite nel corso del periodo 1° settembre – 31 dicembre, nonché sull'aggiornamento dei capitali di cui sopra. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione di 1/365mo del premio annuo.

Le appendici di regolazione premio devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita documentazione ritenuta corretta.

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

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

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, 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.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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.

Art. 12 - Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

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;
 - 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 dell'1% del valore dell'appalto, 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. 14 - Coassicurazione e delega (opzionale)

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. 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 n 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 dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 1,67% del premio annuo imponibile.

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.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del Broker è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente.

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. 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 – Rinuncia alla surrogazione

La Società rinuncia, salvo il caso di dolo e colpa grave giudizialmente accertati, al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del c.c. verso il personale in rapporto di dipendenza o servizio con il Contraente, nonché delle persone delle quali si avvale nello svolgimento della propria attività.

Art. 19 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 - Clausola OFAC – Sanzioni internazionali*

**Clausola che potrà essere modificata previo consenso del Contraente e del Broker in sede di aggiudicazione.*

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali. La Società non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

Art. 21 – Clausola di esclusione territoriale*

**Clausola che potrà essere modificata previo consenso del Contraente e del Broker in sede di aggiudicazione.*

Resta convenuto che il presente contratto non comprende i rischi e quindi esclude la prestazione di qualsiasi servizio assicurativo, copertura o qualsiasi beneficio, in relazione a perdita, danno o responsabilità:

(i) derivanti da attività nei Paesi elencati in calce alla presente clausola o nelle relative acque territoriali, zona contigua, zona economica esclusiva (le Acque), diverse dal solo passaggio senza alcuna sosta in uno o più dei predetti Paesi / Territori o relative Acque e con l'eccezione delle rotte internazionali;

(ii) sostenuti dal governo di uno o più dei predetti Paesi / Territori, da persone fisiche o giuridiche residenti in uno dei predetti Paesi o territori o situate in uno degli stessi o nelle loro Acque;

(iii) derivanti da attività che direttamente o indirettamente coinvolgano o siano effettuate a vantaggio del governo di uno o più dei predetti Paesi / Territori o di persone o entità residenti o situate in uno o più degli stessi. Il termine "entità" comprende qualsiasi società, capogruppo, partecipata o collegata, posseduta o controllata, dal governo di uno o più paesi o territori, nonché persone fisiche o giuridiche che abbiano la propria sede o residenza in uno o più dei predetti paesi e territori.

In ogni caso la presente esclusione territoriale non si applica alle attività svolte, o ai servizi forniti, in caso di emergenza al fine di garantire la sicurezza e/o la protezione. Non si applica inoltre ai casi in cui il rischio connesso sia stato notificato all'assicuratore e lo stesso abbia confermato per iscritto la copertura per lo specifico rischio.

Paesi / Territori non compresi nell'oggetto del rischio assicurato ai sensi della presente clausola:

AFGHANISTAN, CUBA, BIELORUSSIA, RUSSIA, VENEZUELA, IRAN, SIRIA, LIBIA, COREA DEL NORD, CRIMEA E REGIONI POP. DI DONECK E DI LUGANSK, MYANMAR.

La presente pattuizione prevale su qualsiasi clausola non compatibile con la stessa eventualmente prevista nelle Condizioni di Assicurazione.

Art. 22 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Sezione 3 - Condizioni di assicurazione

Art. 1 Oggetto della garanzia

La Società si impegna a corrispondere una rendita mensile di € 1.500,00 (millecinquecento), a far tempo dalla data della denuncia di sinistro e per l'intera durata del contratto, sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, sia in quelli in cui non sia previsto il ricovero. Per il riconoscimento dello "stato di non autosufficienza" si fa rimando all'Art. 5 *Definizione dello stato di non autosufficienza*.

Art. 2 Soggetti Assicurati

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati come definiti alle Categorie 1, 2 e 3 .

Art. 3 Ingresso e permanenza in Assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalla data di effetto della presente polizza per il gruppo iniziale degli assicurati (tutti coloro che risultano in copertura alla data del 31.12.2024, sulla base della previgente polizza stipulata con Reale Mutua) ed è subordinata al versamento del corrispondente importo di premio.

Per i nuovi assunti o nominati che richiedono l'ingresso in copertura, la stessa 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 60 giorni.

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 cessazione della copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato dalla Contraente nei casi di:

- a) Risoluzione del rapporto di lavoro
- b) Comunicazione di esclusione per aspettativa, comando, distacco

Si precisa che il personale di cui alla Categoria b) potrà chiedere la successiva re-inclusione con espressa richiesta della Contraente.

Le comunicazioni di cui sopra dovranno essere rese dalla Contraente entro 60 giorni dall'avvenuta cessazione.

Art. 4 Rendite assicurate

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 5 *"Definizione dello stato di non autosufficienza"* la Società corrisponderà nei termini previsti all'Art. 7 *Modalità di corresponsione della rendita mensile*, una rendita mensile € 1.500,00 per il periodo di durata del presente contratto.

Art. 5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in "stato di non autosufficienza" l'assicurato che, in conseguenza di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona nello svolgimento di almeno 4 delle 6 "attività ordinarie della vita quotidiana".

Per gli assicurati che, al momento dell'inizio della copertura assicurativa, hanno bisogno dell'aiuto di un terzo per una delle "attività ordinarie della vita quotidiana", lo stato di non autosufficienza verrà riconosciuto qualora l'assicurato si trovi in uno stato tale da aver bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per lo svolgimento di almeno 5 "attività ordinarie della vita quotidiana".

Per attività ordinarie della vita quotidiana “si intendono:

- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia ovvero la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (es. radersi, pettinarsi, lavarsi denti);
- vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
- nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- muoversi: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Viene altresì riconosciuto in “stato di non autosufficienza”, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità a svolgere almeno 4 su 6 delle “attività ordinarie della vita quotidiana”, l'assicurato che successivamente all'inizio della copertura assicurativa sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la “perdita delle capacità cognitive” (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

La “perdita delle capacità cognitive” viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data e dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'assicurato verrà considerato quale sofferente di “perdita di capacità cognitive” se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'assicurato a test standard risulta la “perdita delle capacità cognitive”;
- la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'assicurato è tale per cui lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

L'Assicurato, al momento dell'inizio della copertura assicurativa, non deve essere affetto da malattia di Alzheimer, di Parkinson e parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica (malattia dei motoneuroni) da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute o croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

La garanzia prestata non prevede carenza.

Art. 6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 15 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'Art.5 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, ne dovrà dare comunicazione alla Società, anche per il tramite del Broker fornendo i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, entro 15 giorni dal ricevimento della denuncia, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato stesso. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello *stato di non autosufficienza* verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello *stato di non autosufficienza* verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest'ultima, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto assicurativo sia ancora in vigore.

Art. 7 Modalità di corresponsione della rendita mensile

Ove sussistano i presupposti di cui all'art. 6 che precede, la Società, entro 60 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, dovrà corrispondere la somma dovuta nei limiti previsti dall'Art. 4 *Rendite assicurate*, comprensiva delle rendite mensili maturate.

In caso di pagamento oltre il suddetto termine, la Società corrisponderà – a titolo di risarcimento danni – una maggiorazione sulla somma dovuta in relazione alle rendite mensili maturate calcolata al tasso annuo del 7 per cento per il primo mese di ritardo. Per i mesi successivi di ritardo, il tasso annuo da applicare sulla somma dovuta sarà maggiorato dello 0,5 per cento per ogni mese di ritardo. Le medesime maggiorazioni saranno dovute all'assicurato in caso di mancato pagamento delle singole rendite mensili entro il termine sopra indicato.

In caso di ritardo nella liquidazione della rendita rispetto al termine stabilito, l'Autorità si riserva la facoltà di applicare una penale fino a 500,00 euro per ogni giorno di calendario di ritardo nella liquidazione, in favore dei beneficiari, delle rendite dovute.

L'assicurato è tenuto a comunicare alla Società l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza. La Società si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'assicurato non autosufficiente da un proprio medico di

fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello “stato di non autosufficienza”.

Ai fini dell’operatività della copertura assicurativa, l’assicurato, al momento della decorrenza della copertura, non deve aver richiesto o percepire una pensione di invalidità o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 40 per cento.

Art. 8 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell’Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico a fini curativi;
- b) atti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato;
- c) di malattie mentali non di origine organica (es. depressioni, stati psicotici);
- d) di alcolismo acuto o cronico;
- e) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- f) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

Art. 9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Assicurato, a controlli presso l’Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l’invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell’Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell’Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d’inviare i documenti richiesti, il pagamento della rendita assicurata potrà essere sospesa dalla data della richiesta della Società.