

Allegato 4.10A Lotto n° 10 – Sub lotto A

**CAPITOLATO TECNICO/ SCHEMA DI CONTRATTO/ POLIZZA DI ASSICURAZIONE
TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' PERSONALE DIRIGENTE
DI SOGEI S.P.A.**

Stipulata tra:

Sogei S.p.A

Via Mario Carucci 99

Cap 00143 Città Roma

P.IVA 01043931003

e

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Effetto:	dalle ore 24.00 del 31/12/2015
Cessazione:	alle ore 24.00 del 31/12/2018
Scadenza anniversaria	al 31/12 di ogni anno
Premio lordo annuale	€.....



Indice

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata	4
Art. 1 - Definizioni.....	4
Art. 2 – Premessa e descrizione del rischio	6
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione.....	6
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell’offerta	6
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	6
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	6
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
Art. 5 – Revisione del prezzo	8
Art. 6 – Recesso della Società (opzioni base)	8
<Inserire in caso di eventuale opzione/i migliorativa/e offerta/e:	9
Art. 6 – Recesso della Società (opzioni migliorative)>	9
<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:	9
<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:	10
<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:	10
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione.....	10
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	11
Art. 9 - Oneri fiscali	11
Art. 10 - Foro competente	11
Art. 11 - Interpretazione del contratto	11
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società	11
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta	11
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio	11
Art. 15 - Clausola intermediari	12
Art. 16 - Coassicurazione e delega.....	14



Art. 17 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n° 136/2010.....	14
Art. 18 - Rinvio alle norme di legge	15
Art. 19 - Trattamento dei dati	15
Art. 20 – Estensione territoriale	15
Art. 21 – Disciplina dell'appalto.....	15
Art. 22 – Clausole vessatorie	16
Sezione 3 – Condizioni di Assicurazione	17
Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione	17
Art.2 - Capitali assicurati.....	17
Art.3 - Documentazione sanitaria.....	17
Art.4– Suicidio	18
Art.5 - Sinistro che colpisca più teste	18
Art.6 – Beneficiari.....	18
Art.7 – Esclusioni	18
Art.8 - Pagamenti della Società	19
Sezione 4 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente	20
Art.1 - Invalidità totale e permanente.....	20
Art. 2 - Norme che regolano l'accertamento autonomo	21
Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo	22
Art. 4 - Collegio arbitrale	22



Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

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 aventi un'età compresa fra i 18 ed i 70 anni. Tuttavia per persone che raggiungano il compimento del settantunesimo anno di età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione. L'Assicurazione di gruppo di cui alla presente polizza è un'assicurazione collettiva, che garantisce la copertura del rischio di morte o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.
Beneficiario	La Contraente stessa in esecuzione degli specifici obblighi derivanti dal CCNL
Broker	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'Azienda che stipula il contratto: Sogei S.p.A
Età	Età dell'Assicurato alla data di effetto della Polizza



Garanzie	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Polizza-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 – Premessa e descrizione del rischio

Il presente contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente e la Società al fine di garantire la copertura di un capitale in caso di morte ed Invalidità totale e Permanente dei dirigenti in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto dall'art. 12 del C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende industriali e da accordi o regolamenti aziendali.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell'offerta

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili al momento della presentazione dell'offerta, 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 alla presentazione dell'offerta 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. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

La presente Assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da ogni altra copertura assicurativa. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare le eventuali polizze assicurative stipulate dai singoli Assicurati per il medesimo rischio.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2015 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2018.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2018.



E' però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto per qualsiasi causa (con esclusione del recesso intimato ai sensi dell'art. 6 "Recesso della Società"), richiedere alla Società una proroga 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.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale alle seguenti scadenze:

- 31/12 di ciascuna annualità.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 45 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se la prima rata di premio è stata pagata entro i 45 giorni successivi.

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 45° 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 Società, anche per il tramite del broker.

Il premio annuo dovuto è determinato applicando, al capitale assicurato il tasso di premio netto corrispondente al valore dell'età dell'Assicurato stesso alla data di inizio dell'Assicurazione, come da polizza-elenco allegata.

Alle annualità successive, il premio da corrispondere verrà ricalcolato sulla base dei tassi netti corrispondenti all'età maturata da ciascun Assicurato.

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

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

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio di rinnovo e del premio consuntivo. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 45 giorni successivi al



ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

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

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

- 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. 115 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. Tuttavia, qualora in relazione a operazioni straordinarie, si dovesse verificare una variazione del rischio come definita all'art. 1 della presente Sezione, tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, la Società potrà richiedere la revisione del prezzo proporzionalmente al maggiore rischio.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle nuove 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 della Società (opzioni base)

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 (opzione base)

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 90 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 (opzione base)

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 di 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

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 per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni.

Art. 6.3 – Recesso per sinistro (opzione base)

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 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

<Inserire in caso di eventuale opzione/i migliorativa/e offerta/e:

Art. 6 – Recesso della Società (opzioni migliorative)>

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente (opzione migliorativa)

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, di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da farsi alla Società nei tre mesi dal giorno in cui 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 secondo periodo del comma 3 dell'art. 1892 e dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.>



<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio (opzione migliorativa)

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 di 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

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 per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.>

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.3 – Recesso per sinistro (opzione migliorativa)

La Società rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso in caso di sinistro.>

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.

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. 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 in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

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

Alla stipulazione della polizza, e in occasione di ciascun versamento, la Società rilascerà al Contraente una quietanza di premio e un'appendice-distinta contenente i nominativi degli assicurati, con l'indicazione per ciascuno del capitale assicurato e del relativo premio.

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 45 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, 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 – 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

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

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

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

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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 per tutta la durata della presente polizza nonché per i 5 anni successivi alla cessazione della stessa;
- 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 (ovvero tramite posta elettronica certificata) 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 € 50,00 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 intermediari

Si conviene quanto segue:

A) Affidamento e gestione del contratto

Per l'assistenza nella presente procedura, Sogei Spa si è avvalsa e di avvale del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA, di seguito definito Broker, con sede



operativa in Roma – Piazza Marconi, n 25 -Tel. 06545161; di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto di Sogei Spa dal broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato alla Società si intenderà come fatta dal Contraente /Assicurato stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta dalla Società stessa al Contraente/Assicurato.

Si precisa che per la presente polizza i pagamenti dei premi avverranno direttamente a favore della Società e nei termini stabiliti all'art. 4 "Pagamento del premio". Qualora, previa comunicazione da parte del Contraente/Assicurato alla Società, il pagamento del premio avvenisse tramite il Broker, la Società dichiara che quest'ultimo 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.

La Società dovrà pertanto comunicare il nominativo di un Referente del Servizio, dipendente della Società, che avrà il compito di interfacciarsi e collaborare con il Broker, e del quale devono essere indicati i recapiti per il reperimento.

< in caso di aggiudicazione ai sottoscrittori Lloyd's di Londra: Fermo restando quanto espresso nei punti che precedono, i sottoscrittori Lloyd's di Londra dovranno indicare il loro corrispondente/coverholder gestore e responsabile delle comunicazioni relative al contratto sottoscritto da e per verso i Lloyd's di Londra stessi.

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Lloyd's;
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dalla Società.

Si precisa inoltre che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's è autorizzato ad incassare i premi ed i Lloyd's di Londra riconosceranno l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art.1901 c.c., del pagamento così effettuato. Ai fini della copertura assicurativa farà fede la data di pagamento del premio effettuato dal Contraente al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's.>

B) Remunerazione del Broker e premio di polizza

La remunerazione del broker è posta per intero a carico della Contraente, nella misura corrispondente alle condizioni stabilite nel contratto di *"Affidamento dei servizi di intermediazione e consulenza assicurativa di Consip S.p.A. e Sogei S.p.A."* n° NRXG 140480 del 12/01/2015. In conseguenza di ciò:

- nessun ulteriore compenso è pertanto dovuto al broker da parte della Società.



- La Società/e aggiudicataria si impegna/no a non includere nei caricamenti del premio stabilito in polizza commissioni od emolumenti, inerenti il presente contratto, riguardanti qualunque intermediario, in qualunque forma o modo, costituendo, in caso contrario, un aggravamento dei costi della copertura assicurativa.
- A tal proposito, con l'apposizione della sottoscrizione della polizza, di eventuali appendici e/o quietanze di pagamento, la Società certifica e garantisce al Contraente che, in relazione al presente contratto, nessuna erogazione, mediante pagamento in denaro o conferimento di qualunque altra utilità, è stata riconosciuta o promessa, né direttamente, né indirettamente o attraverso terzi, al broker incaricato od a Società o persone ad esso collegate, né ad altri intermediari.

La mancata ottemperanza a quanto disposto dalla presente condizione può comportare la risoluzione del contratto ed il risarcimento degli eventuali danni fatta salva ogni eventuale altra conseguenza a sensi di legge.

Art. 16 - 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.

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 con applicazione di un'obbligazione solidale in deroga all'art. 1911 c.c. anche relativamente al pagamento dell'indennizzo.

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

Art. 17 – 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. 18 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 - 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. 20 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione del presente appalto, ancorché non allegati.



Art. 22 – Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.



Sezione 3 – Condizioni di Assicurazione

Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione

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

Il Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici ed il codice fiscale relativi ai singoli assicurati.

Per i nuovi assunti la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dal Libro Unico del Lavoro del Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 45 giorni.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24.00 del giorno di risoluzione del rapporto di lavoro presso il Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 45 giorni.

Art.2 - Capitali assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari a € 220.000,00 salva la facoltà del Contraente di richiedere un aumento del capitale con le modalità definite al successivo art. 3.

Art.3 - Documentazione sanitaria

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

- Per capitali sino a € 220.000,00, indipendentemente dalle condizioni di salute dell'Assicurato;
- Per capitali superiori a € 220.000,00 e sino a € 400.000,00 mediante sottoscrizione del dirigente di apposito questionario anamnestico. In base alle risposte, la Società si riserva di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- Per capitali superiori a € 400.000,00 mediante effettuazione di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

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



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

Art.4– Suicidio

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

Art.5 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a € 6.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tali importi, la Società procederà alla loro riduzione proporzionalmente al numero degli assicurati colpiti da sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

Art.6 – Beneficiari

Beneficiario dell'assicurazione è il Contraente stesso in forza di quanto previsto dall'art. 12 del C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende industriali e da accordi o regolamenti aziendali.

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



Art.8 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell' obbligo di pagamenti e 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.

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

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



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

Art.1 - Invalidità totale e permanente

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Per l'eventuale parte di capitale eccedente quello previsto dal CCNL, il Contraente o l'Assicurato verificatasi l'invalidità devono fare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla medesima a mezzo lettera raccomandata A/R il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni. A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, 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 della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'Invalidità.

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

Art. 2 - Norme che regolano l'accertamento autonomo

Nel caso di avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità di cui al 4° comma dell'Art. 1, 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 della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'Invalidità.



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

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 si estingue per il caso di morte dell'Assicurato.

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.).

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

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

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

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

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



l'invalidità non viene riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

La Società

Il Contraente
