



CAPITOLATO SPECIALE
“TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E
PERMANENTE PERSONALE DIRIGENTE”

Stipulata tra:

CONSIP S.p.A.

Via Isonzo, 19 e - 00198 Roma

P. Iva 05359681003

e

Ragione sociale

Sede legale

P. Iva

Effetto: dalle ore 24.00 del 30/06/2023

Cessazione: alle ore 24.00 del 30/06/2026

Scadenza anniversaria: al 30/06 di ogni anno

Premio lordo annuale: €

Indice

DEFINIZIONI

Premessa e descrizione del rischio

Sezione 1 – Condizioni Generali di Assicurazione

- Art. 1 - Prova del contratto
- Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 3 – Variazione del rischio
- Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio
- Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 7 - Durata del contratto
- Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 9 - Oneri fiscali
- Art. 10 - Foro competente
- Art. 11 - Rinvio alle norme di legge
- Art. 12 - Coassicurazione e delega
- Art. 13 – Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art. 14 – Legittimazione
- Art. 15 – Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio
- Art. 16 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art. 17 – Calcolo del premio
- Art. 18 - Regolazione e conguaglio del premio
- Art. 19 – Interpretazione del Contratto
- Art. 20 - Efficacia temporale della garanzia
- Art. 21 – Estensione territoriale
- Art. 22 – Clausola intermediari
- Art. 23 – Tracciabilità Flussi Finanziari
- Art. 24 – Trattamento dei dati
- Art. 25 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause
- Art. 26 – Disciplina dell’appalto
- Art. 27 – Garanzia definitiva
- Art. 28 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito
- Art. 29 – Subappalto
- Art. 30 – Incompatibilità

Sezione 2 – Condizioni di Assicurazione

- Art.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione
- Art.2 - Capitali assicurati
- Art.3 - Documentazione sanitaria
- Art.4– Suicidio
- Art.5 - Sinistro che colpisca più teste
- Art. 6 - Beneficiari
- Art. 7 - Morte
- Art. 8 – Esclusioni
- Art. 9 - Pagamenti della Società



Art. 10 - Persone assicurabili

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

Art. 1 - Invalidità totale e permanente

Art. 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento

Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo

Art. 4 - Collegio arbitrale

Dichiarazioni

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Annualità assicurativa / Periodo di assicurazione:	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 il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dirigente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Attività	Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
Beneficiario:	Coloro ai quali spettano le somme assicurate nel caso si verifichi l'evento assicurato.
Broker:	l'intermediario assicurativo regolarmente iscritto alla sezione B del R.U.I., ai sensi del D.Lgs. 209/2005, e incaricato da CONSIP S.p.A. per la gestione del contratto
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione e pertanto: Consip SpA .
Elenco:	Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.
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 contrattuale che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Società:	L'impresa assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o i consorzi ordinari o i consorzi di Imprese identificati nei documenti di polizza.

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 1 – Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

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 della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave.

Art. 3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.

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

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

Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.

3. 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 120 (centoventi) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".

4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 15 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza o dalla data di ricezione del contratto, se successiva. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporta.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.e i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

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

- a) 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, 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 del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.
- c) L'assicurazione conserva la propria validità anche durante l'eventuale periodo di attesa dell'esito della verifica della regolarità contributiva (DURC) necessaria e preventiva all'effettuazione di ogni pagamento. Nel caso di rilevata irregolarità del DURC si procederà ad inoltrare proposta di intervento sostitutivo agli enti previdenziali e l'eventuale pagamento effettuato nei loro confronti sarà considerato come effettuato nei confronti della stessa Compagnia Assicuratrice

Art. 7 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2023 alle ore 24.00 del 30.06.2026 con frazionamento annuale.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo tra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 30.06.2026.



È però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto, richiedere all'Assicuratore una proroga tecnica del presente contratto, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione del nuovo servizio di copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 106 co. 11 del d.lgs. 50/2016. In tal caso, l'Assicuratore, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale, per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare i servizi di cui al presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

(opzione base) –vale 0 punti

Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 180 giorni dalla relativa scadenza annuale.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

(opzione migliorativa A) –vale 10 punti

Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 270 giorni dalla relativa scadenza annuale.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

(opzione migliorativa B) –vale 15 punti

Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 360 giorni dalla relativa scadenza annuale.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro –(opzione base) –vale 0 punti

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro (opzione migliorativa) –vale 10 punti

Non applicabile al presente contratto

Art. 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 10 - Foro competente



Per le controversie relative al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente, l'Assicurato oppure dei Beneficiari.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Contraente/Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 13 – 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. 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. 14 – Legittimazione

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente contratto di assicurazione devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 15 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Con periodicità trimestrale, l'Assicuratore si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, entro 60 giorni dal termine del trimestre e dell'annualità, i dati afferenti l'andamento del rischio. In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi di polizza, sia in via aggregata che disaggregata.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- 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.

L'Assicuratore si impegna, altresì, a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio in qualsiasi momento entro il termine di 30 giorni da quando il Contraente ne ha formalmente fatto richiesta.

L'obbligo a fornire i dati afferenti l'andamento del rischio permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

Art. 16 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezione fatta per la cessazione anticipata del contratto, che dovrà essere trasmessa direttamente alla parte interessata, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata (consegnata anche a mano) o altro mezzo (PEC, telefax o simili, inclusa posta elettronica) indirizzata all'Assicuratore oppure al Broker, al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza, qualora presente.

Analoga procedura adotta l'Assicuratore nei confronti del Contraente.

Art. 17 – Calcolo del premio

Il premio annuo dovuto è determinato applicando al capitale assicurato il tasso di premio netto corrispondente all'età raggiunta dell'Assicurato stesso, calcolata in anni interi compiuti, alla data di inizio dell'Assicurazione, come da seguente tabella "Tassi per fascia di età":

TASSI ANNUI PER FASCIA DI ETÀ'

FASCIA DI ETÀ'	Tasso annuo netto per mille	Somma assicurata
Fino a 40		€ 300.000,00
Da 40 a 45		€ 300.000,00
Da 46 a 50		€ 300.000,00
Da 51 a 55		€ 300.000,00
Da 56 a 60		€ 300.000,00
Da 61 a 65		€ 300.000,00
Da 66 a 70		€ 300.000,00
Da 71 a 75 <i>[se prevista in sede di Offerta Tecnica]</i>		€ 300.000,00

Al termine di ogni annualità il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi sopra indicati, e il pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 18 Regolazione e conguaglio del premio, della presente polizza.



Alle annualità successive, il premio da corrispondere verrà ricalcolato sulla base dei tassi netti corrispondenti all'età maturata da ciascun Assicurato, calcolata in anni interi compiuti, alla data di inizio di ciascun periodo dell'Assicurazione.

Art. 18 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto all'Art.17 "Calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, per i nuovi ingressi e per le uscite non dipendenti da morte o da sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'assicurato, intervenute durante lo stesso periodo.

A tale scopo, successivamente alla fine dell'anno assicurativo o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporta.

Se nel termine di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata.

Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto già pagato più del dovuto e ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati

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

Art. 19 – 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. 20 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 21 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 22 – Clausola intermediari

Si conviene tra le Parti che, qualora la Contraente affidi, durante il periodo di efficacia del presente contratto, l'incarico di gestione ed esecuzione dello stesso ad un Broker, tutte le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, potrà essere effettuato dalla Contraente tramite il Broker, con effetto liberatorio per la Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui sopra, la Società delega quindi esplicitamente il Broker, all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D. Lgs.209/2005 e con gli effetti, per la Contraente, previsti al 1° comma del medesimo articolo; l'opera del Broker sarà remunerata direttamente da CONSIP S.p.A., sulla base degli accordi in essere o che interverranno tra la stessa e il Broker.

La Società aggiudicataria si impegna pertanto a non includere nei caricamenti del premio stabilito in polizza, commissioni od emolumenti inerenti il presente contratto e alla sua successiva gestione riguardanti qualunque intermediario, in qualunque forma o modo, costituendo, in caso contrario, un aggravamento dei costi della copertura assicurativa.

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 contrattuali.

Art. 22 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

- L'Assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Contraente, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'Assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi;
- .
- Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla Contraente e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente.

Art. 24 – Trattamento dei dati

Ai sensi della Legge 196/03 e del Regolamento Europeo 2016/679, le parti consentono il trattamento dei dati personali inerenti alla presente polizza, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 25 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause

La Società non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Società, la sua capogruppo o la sua controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Art. 26 – 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. 27 – Garanzia definitiva

La Società ha prestato garanzia definitiva che copre le obbligazioni assunte con il presente contratto, il risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle stesse obbligazioni, nonché il rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore, nonché le obbligazioni assunte con il Patto di integrità.

La Consip ha inoltre il diritto di valersi della garanzia definitiva, nei limiti dell'importo massimo garantito: i) per l'eventuale maggiore spesa sostenuta per il completamento delle prestazioni nel caso di risoluzione del contratto disposta in danno dell'esecutore; ii) per provvedere al pagamento di quanto dovuto dalla Società per le inadempienze derivanti dalla inosservanza di norme e prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, protezione, assicurazione, assistenza e sicurezza fisica dei lavoratori comunque presenti nei luoghi dove viene eseguito il contratto ed addetti all'esecuzione dell'appalto.

In particolare, la Consip ha diritto di valersi direttamente della garanzia per l'applicazione delle penali e/o per la soddisfazione degli obblighi come espressi puntualmente nell'ambito del presente contratto.

La Consip ha diritto di incamerare la garanzia, in tutto o in parte, per i danni che essa affermi di aver subito, senza pregiudizio dei suoi diritti nei confronti dell'Impresa per la rifusione dell'ulteriore danno eventualmente eccedente la somma incamerata.

La garanzia prevede espressamente la rinuncia della preventiva escussione del debitore principale, di cui all'art. 1944 del cc, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2 del codice civile, nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 giorni, a semplice richiesta scritta.

La Società si impegna a tenere valida ed efficace la garanzia, mediante rinnovi e proroghe e tempestivi adeguamenti nell'ipotesi di variazioni anagrafiche o societarie, per tutta la durata del presente contratto e, comunque, sino al perfetto adempimento delle obbligazioni assunte in virtù del presente contratto, pena la risoluzione di diritto del medesimo.

La Consip può richiedere alla Società la reintegrazione della garanzia ove questa sia venuta meno in tutto o in parte entro il termine di 10 (dieci) giorni dalla richiesta; in caso di inottemperanza, la Consip consegnerà la reintegrazione trattenendo quanto necessario dai corrispettivi dovuti alla Società.

La garanzia sarà progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione contrattuale, nel limite massimo dell'80 per cento dell'iniziale importo garantito, secondo quanto stabilito dall'art. 103, comma 5, del D. Lgs. n. 50/2016, previa deduzione di crediti della Consip verso la Società e subordinatamente alla



preventiva consegna, da parte della Società all'Istituto garante, di un documento, in originale o copia autentica, attestante l'avvenuta esecuzione delle prestazioni contrattuali. Tale documento è emesso periodicamente dalla Consip in ragione delle verifiche di conformità svolte. La Società dovrà inviare per conoscenza alla Consip la comunicazione che invia al Garante ai fini dello svincolo. Il Garante dovrà comunicare alla Consip il valore dello svincolo. La Consip si riserva di verificare la correttezza degli importi svincolati e di chiedere alla Società e al Garante in caso di errore un'integrazione.

L'ammontare residuo della garanzia definitiva deve permanere fino alla data di emissione del certificato di verifica di conformità attestante la corretta esecuzione dell'appalto.

Resta fermo tutto quanto previsto dall'art. 103 del D. Lgs. n. 50/2016.

La Società si impegna a consegnare, alla scadenza della rata e con tempestività, alla Consip, la quietanza di pagamento del premio periodico, atta a comprovare la validità della polizza fideiussoria prodotta per la stipula del contratto o, nei diversi casi di sostituzione del garante, variazioni anagrafiche o integrazioni, la nuova polizza/appendice eventualmente stipulata, in relazione al presente contratto.

Art. 28 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito

È fatto divieto alla Società di cedere, a qualsiasi titolo, il presente contratto, a pena di nullità della cessione stessa, fatto salvo quanto previsto dall'art. 106, comma 1, lett. d), del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.

La Società può cedere a terzi i crediti derivanti allo stesso dal presente contratto, nelle modalità espresse dall'art. 106, comma 13, D. Lgs. 50/2016. Le cessioni dei crediti devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate alla Consip. Si applicano le disposizioni di cui alla Legge n. 52/1991.

È fatto, altresì, divieto alla Società di conferire, in qualsiasi forma, procure all'incasso.

In caso di inadempimento da parte della Società ai suddetti obblighi, la Consip, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente Contratto.

Resta fermo quanto previsto in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.

Art. 29 – Subappalto

< se il subappalto è dichiarato, inserire:

Il subappalto sarà regolato da quanto previsto dall'art. 105 del Codice nonché dai successivi commi. Rimane fermo che non può essere affidata in subappalto l'integrale esecuzione del contratto, nonché la prevalente esecuzione dei contratti ad alta intensità di manodopera; inoltre, non potrà essere affidata in subappalto la parte delle prestazioni che devono essere eseguite direttamente dal Fornitore, laddove sia stato previsto nel disciplinare di gara.

La Società si impegna a depositare presso la Consip, almeno venti giorni prima della data di effettivo inizio dell'esecuzione delle attività oggetto del subappalto: i) l'originale o la copia autentica del contratto di subappalto che deve indicare puntualmente l'ambito operativo del subappalto sia in termini prestazionali che economici; ii) dichiarazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti richiesti dal Bando di gara, per lo svolgimento delle attività allo stesso affidate, ivi inclusi i requisiti di ordine generale di cui all'articolo 80 del D. Lgs. n. 50/2016; iii) dichiarazione dell'appaltatore relativa alla sussistenza o meno di



eventuali forme di controllo o collegamento a norma dell'art. 2359 c.c. con il subappaltatore; se del caso, v) documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di qualificazione/certificazione prescritti dal D. Lgs. n. 50/2016 per l'esecuzione delle attività affidate.

Resta inteso che la Società si impegna ad inserire, nel contratto di subappalto e negli altri subcontratti, una clausola che preveda il rispetto degli obblighi di cui al Patto di Integrità da parte dei subappaltatori/subcontraenti, e la risoluzione, ai sensi dell'art. 1456 c.c., del contratto di subappalto e/o degli altri subcontratti, nel caso di violazione di tali obblighi da parte di questi ultimi; la Società dovrà dare tempestiva comunicazione a Consip dell'intervenuta risoluzione.

In caso di mancato deposito di taluno dei suindicati documenti nel termine all'uopo previsto, la Consip procederà a richiedere alla Società l'integrazione della suddetta documentazione. Resta inteso che la suddetta richiesta di integrazione comporta l'interruzione del termine per la definizione del procedimento di autorizzazione del sub-appalto, che ricomincerà a decorrere dal completamento della documentazione.

I subappaltatori dovranno mantenere per tutta la durata del presente contratto, i requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione al subappalto. In caso di perdita dei detti requisiti la Consip revocherà l'autorizzazione.

L'impresa qualora l'oggetto del subappalto subisca variazioni e l'importo dello stesso sia incrementato nonché siano variati i requisiti di qualificazione o le certificazioni deve acquisire una autorizzazione integrativa.

Per le prestazioni affidate in subappalto:

i) il subappaltatore, ai sensi dell'art. 105, comma 14, del Codice, deve garantire gli stessi standard qualitativi e prestazionali previsti nel contratto di appalto e riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale, inclusa l'applicazione dei medesimi contratti collettivi nazionali di lavoro, qualora le attività oggetto di subappalto coincidano con quelle caratterizzanti l'oggetto dell'appalto ovvero riguardino le lavorazioni relative alle categorie prevalenti e siano incluse nell'oggetto sociale del contraente principale;

ii) devono essere corrisposti i costi della sicurezza e della manodopera, relativi alle prestazioni affidate in subappalto, alle imprese subappaltatrici senza alcun ribasso.

La Consip, sentito il direttore dell'esecuzione, provvede alla verifica dell'effettiva applicazione degli obblighi di cui al presente comma. Il Fornitore è solidalmente responsabile con il subappaltatore degli adempimenti, da parte di questo ultimo, degli obblighi di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

La Società e il subappaltatore sono responsabili in solido, nei confronti della Consip S.p.A. e/o delle Amministrazioni Contraenti, in relazione alle prestazioni oggetto del contratto di subappalto.

La Società è responsabile in via esclusiva nei confronti della Consip dei danni che dovessero derivare alla Consip o a terzi per fatti comunque imputabili ai soggetti cui sono state affidate le suddette attività. In particolare, la Società e il subappaltatore si impegnano a manlevare e tenere indenne la Consip da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili al subappaltatore o ai suoi ausiliari derivanti da qualsiasi perdita, danno, responsabilità, costo o spesa che possano originarsi da eventuali violazioni del Regolamento 679/2016.

La Società è responsabile in solido dell'osservanza del trattamento economico e normativo stabilito dai contratti collettivi nazionale e territoriale in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono le



prestazioni da parte del subappaltatore nei confronti dei suoi dipendenti, per le prestazioni rese nell'ambito del subappalto. La Società trasmette alla Consip prima dell'inizio delle prestazioni la documentazione di avvenuta denuncia agli enti previdenziali, inclusa la Cassa edile, ove presente, assicurativi e antinfortunistici, nonché copia del piano della sicurezza di cui al D. Lgs. n. 81/2008. Ai fini del pagamento delle prestazioni rese nell'ambito dell'appalto o del subappalto, la stazione appaltante acquisisce d'ufficio il documento unico di regolarità contributiva in corso di validità relativo a tutti i subappaltatori.

La Società è responsabile in solido con il subappaltatore in relazione agli obblighi retributivi e contributivi, ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. n. 276/2003, ad eccezione del caso in cui ricorrano le fattispecie di cui all'art. 105, comma 13, lett. a) e c), del D. Lgs. n. 50/2016.

La Società si impegna a sostituire i subappaltatori relativamente ai quali apposita verifica abbia dimostrato la sussistenza dei motivi di esclusione di cui all'articolo 80 del D. Lgs. n. 50/2016.

Trova applicazione l'art. 105, comma 13, del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.i. al ricorrere dei prescritti presupposti. Ove tale previsione non sia applicata, e salvo diversa indicazione del direttore dell'esecuzione, l'Impresa si obbliga a trasmettere alla Consip entro 20 giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei confronti del subappaltatore, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti da essa via via corrisposte al subappaltatore.

L'esecuzione delle attività subappaltate non può formare oggetto di ulteriore subappalto.

In caso di inadempimento da parte della Società agli obblighi di cui ai precedenti commi, la Consip può risolvere il Contratto, salvo il diritto al risarcimento del danno.

Ai sensi dell'art. 105, comma 2, del D. Lgs. n. 50/2016, la Società si obbliga a comunicare alla Consip, prima dell'inizio della prestazione, per tutti i sub-contratti che non sono subappalti, stipulati per l'esecuzione del contratto, il nome del sub-contraente, l'importo del sub-contratto, l'oggetto del lavoro, servizio o fornitura affidati. Sono, altresì, comunicate eventuali modifiche a tali informazioni avvenute nel corso del sub-contratto.

Non costituiscono subappalto le fattispecie di cui al comma 3 dell'art. 105 del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.i.. Nel caso in cui la Società intenda ricorrere alle prestazioni di soggetti terzi in forza di contratti continuativi di cooperazione, servizio e/o fornitura gli stessi devono essere stati sottoscritti in epoca anteriore all'indizione della procedura finalizzata all'aggiudicazione del contratto e devono essere consegnati alla Committente prima o contestualmente alla sottoscrizione del Contratto.

Restano fermi tutti gli obblighi e gli adempimenti previsti dall'art. 48-bis del D.P.R. 602 del 29 settembre 1973 nonché dai successivi regolamenti.

Tutta la documentazione inerente la richiesta di subappalto che dovrà essere predisposta in formato PDF/A, dovrà essere firmata digitalmente dal rappresentante delle Società munito di poteri di firma, pena il rigetto della richiesta medesima.

La Consip provvederà a comunicare al Casellario Informatico le informazioni di cui alla Determinazione dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (ora A.N.AC) n. 1 del 10/01/2008.

< ...ovvero, in alternativa, se il subappalto non è dichiarato, inserire:

La Società, conformemente a quanto dichiarato in sede di offerta, non intende affidare in subappalto l'esecuzione di alcuna attività oggetto delle prestazioni contrattuali. >

Art. 30 – Incompatibilità

La Società dichiara espressamente ed irrevocabilmente che la conclusione della Contratto avviene nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001.

Qualora non risultasse conforme al vero la dichiarazione resa, la Società prende atto e accetta che si applicheranno le conseguenze previste dalla predetta normativa.

Sezione 2 – Condizioni di Assicurazione
--

Le norme che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme che regolano la gestione sinistri, le disposizioni legislative in materia nonché le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più estensiva e favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

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. 6.

Per i nuovi assunti o nominati la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dal Libro Unico del Lavoro del Contraente.

Ferma restando la copertura degli Assicurati come da Definizioni di Polizza, il Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici, il codice fiscale e le informazioni sulla composizione del nucleo familiare, relativi ai singoli assicurati.

La Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun pagamento una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'appendice-distinta, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro sessanta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'appendice-distinta s'intenderà verificata e ritenuta esatta. La quietanza sarà comprensiva degli eventuali diritti di polizza e delle imposte in vigore alla data dell'emissione.

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

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24.00 del giorno di risoluzione del rapporto di lavoro presso il Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 60 giorni.

Art. 2 - Capitali assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari rispettivamente a:



- € 300.000,00 qualora il Dirigente non abbia figli a carico né coniuge
- € 300.000,00 qualora il Dirigente abbia figli a carico e/o coniuge.

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 di cui all'art. 2 precedente, e cioè sino a € 300.000,00, indipendentemente dalle condizioni di salute dell'Assicurato;
- per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, al fine dell'accettazione in garanzia, l'Assicurato dovrà presentare per il tramite del Contraente un apposito questionario anamnestico nonché sottoporsi agli eventuali accertamenti sanitari individuali richiesti dalla Società in esito alle risultanze del questionario stesso. Dovrà inoltre dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi.

La mancata presentazione, entro sessanta giorni dalla richiesta di copertura, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata e gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati.

Qualora l'accertamento sanitario richiesto evidenzii 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 al primo 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 *(opzione base) –vale 0 punti*

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento, 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.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 5 - Sinistro che colpisca più teste *(opzione migliorativa A) –vale 10 punti*

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento, fino ad un importo complessivo pari a 20 volte il capitale medio assicurato.



Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo lo stesso andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal medesimo evento in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 5 - Sinistro che colpisca più teste (*opzione migliorativa B*) –vale 20 punti

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento, fino ad un importo complessivo pari a 30 volte il capitale medio assicurato.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo lo stesso andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal medesimo evento in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art. 6 – Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni sono:

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

Art. 7 - Morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso.

Art. 8 – Esclusioni

I rischi di morte e di invalidità sono coperti qualunque possa esserne la causa. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Inoltre se durante il soggiorno dell'Assicurato all'estero si verifica uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi similari, l'Assicurato stesso è coperto per dieci giorni decorrenti dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità italiane. Diversamente la preesistenza di una situazione di guerra o simile in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, qualora il decesso avvenga nei primi tre anni dalla data di ingresso in assicurazione. È 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. - **(Opzione base) – vale 0 punti**

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, qualora il decesso avvenga nei primi due anni dalla data di ingresso in assicurazione. È 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. - **(opzione migliorativa) –vale 10 punti**
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

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

Art. 9 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento dell'indennizzo ed ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta dall'Assicurato e/o Beneficiari;
- 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. 10 - Persone assicurabili

Per Assicurato si intendono tutti i Dirigenti del Contraente, aventi un'età compresa:

per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente totale fra i 18 e i 70 anni. - **(Opzione Base) – vale 0 punti**

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

per il caso di morte fra i 18 ed i 75 anni, per il caso di invalidità permanente totale fra i 18 e i 70 anni. - **(opzione migliorativa A) –vale 10 punti**



<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente totale fra i 18 e i 75 anni. - **(opzione migliorativa B)**
–vale 15 punti

Tuttavia per le persone che raggiungano i limiti di età (rispettivamente, del settantaseiesimo o del settantunesimo anno di età) nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Sezione 3 – Condizioni che regolano la garanzia di Invalidità Totale e Permanente

Art. 1 - Invalidità totale e permanente

la Società garantisce in caso invalidità totale e permanente dell'Assicurato la corresponsione del capitale pattuito.

All'uopo si intende colpito da invalidità l'Assicurato che, per malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, manifestatasi dopo l'ingresso in assicurazione, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché l'evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con il contraente.

Sono esclusi i soggetti che al momento dell'ingresso in assicurazione abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e questi si concludano con esito positivo.

Art. 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, utilizzando l'apposito modello e facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo di lettera raccomandata, il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati:

- a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti.

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

L'avvenuto accertamento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Società, purché:

- il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente;
- la cessazione del rapporto di lavoro, in caso di accertato diritto all'assegno di invalidità, avvenga nel periodo di percezione, da parte dell'Assicurato, della rendita di invalidità e l'Assicurato sia stato mantenuto regolarmente in copertura.

Verificatasi la risoluzione del rapporto di lavoro, il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito il pagamento del capitale assicurato, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Gli Assicurati per i quali sia stato riconosciuto, da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza, il diritto all'assegno di invalidità, senza che questo abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro, saranno mantenuti regolarmente in copertura. La copertura per tali Assicurati dovrà essere rinnovata, da parte della Contraente, ad ogni ricorrenza annuale mediante il pagamento del premio corrispondente all'età, rimanendo esclusa l'applicazione di ulteriore sovra-premio sanitario. In caso di cessazione del rapporto di lavoro sarà liquidato il capitale assicurato, da parte della Società, se l'Assicurato risulterà, in quel momento, ancora percettore della rendita conseguente al riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità di cui sopra.

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

Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

Eseguito il pagamento, il contratto per il caso di morte dell'Assicurato è parimenti estinto.

Art. 4 - Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla direzione della Società, la decisione di un collegio arbitrale, composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, il secondo dal Contraente o, su sua delega, dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei Medici risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale, ove lo ritenga opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

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

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



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

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

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

Data

Sottoscrizione digitale

Dichiarazioni

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.

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:

Sezione 1 - Art. 3 - Variazioni del rischio;

Sezione 1 - Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali;

Sezione 1 - Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio;

Sezione 1- Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Sezione 1- Art. 8 - Recesso in caso di sinistro;

Sezione 1 - Art. 27 – Garanzia definitiva;

Sezione 1 - Art. 28 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito;

Sezione 1 - Art. 29 – Subappalto;

Sezione 1 - Art. 30 – Incompatibilità;

Sezione 2- Art. 3 – Documentazione sanitaria;

Sezione 2 -Art. 8 - Esclusioni;

Sezione 3 -Art. 1 – Invalidità totale e permanente;



Sezione 3 - Art. 2 – Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento.

Data

Sottoscrizione digitale