

## **CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE VITA – INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DIRIGENTI**

La presente polizza è stipulata tra

**ITALIA LAVORO SPA  
VIA GUIDUBALDO DEL MONTE 60  
00197 ROMA  
  
P.IVA 05367051009**

e

<b>Società Assicuratrice</b>
<b>Agenzia di</b>

Durata del contratto

<b>Dalle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2016</b>
<b>Alle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2019</b>

Con scadenze dei periodi di assicurazione  
successivi al primo fissati

<b>Alle ore 24.00 di ogni</b>	<b>31/12</b>
-------------------------------	--------------

**SEZIONE 1****Art.1 - Definizioni**

<b>Assicurato :</b>	persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa
<b>Anniversario della polizza :</b>	ricorrenza annuale dalla data di decorrenza. E' l'istante in cui avviene il rinnovo della copertura assicurativa, se è stato pagato il premio.
<b>Beneficiario /i o avente diritto alla prestazione:</b>	persona/e fisica/che o Giuridica/che che riceverà le somme assicurate dalla Società
<b>Broker :</b>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
<b>Capitale assicurato :</b>	prestazione erogata dalla Società al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità permanente da ogni causa.
<b>Carenza :</b>	periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci.
<b>Caricamenti :</b>	parte del premio versato destinato a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società
<b>Condizioni di assicurazione:</b>	insieme delle clausole che disciplinano il contratto.
<b>Conflitto di interessi :</b>	insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente o degli Assicurati.
<b>Contraente :</b>	persona Giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con la Società e che versa alla Società il premio.
<b>Convenzione :</b>	accordo stipulato dalla Società e dal Contraente a copertura del rischio di morte e invalidità totale e permanente da ogni causa.
<b>Costi :</b>	oneri gravanti sui premi versati.
<b>Decorrenza della garanzia :</b>	momenti in cui le garanzie divengono efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
<b>Durata contrattuale :</b>	periodo durante il quale il contratto è efficace.
<b>Esclusioni:</b>	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società
<b>Età assicurativa :</b>	viene determinata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.
<b>Grado di invalidità :</b>	riduzione in modo permanente della capacità di lavoro dell'Assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale. Nel caso specifico deve essere in misura non inferiore al 66%.
<b>Impignorabilità e insequestrabilità:</b>	principio secondo cui le somme dovute al Contraente o al/i beneficiario/i non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare
<b>IVASS :</b>	istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
<b>Liquidazione :</b>	pagamento al Beneficiario/i della prestazione dovuta al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità totale e permanente da ogni causa. E' effettuata in Italia e in valuta italiana.
<b>Perfezionamento del contratto:</b>	momento i cui avviene il pagamento del premio pattuito.
<b>Polizza :</b>	documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione
<b>Polizza caso morte (o decesso):</b>	contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna

	al pagamento della prestazione assicurata al/i Beneficiario/i qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Nel caso specifico è di tipo temporanea, in quanto il pagamento è previsto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto
<b>Polizza collettiva :</b>	contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati
<b>Polizza di puro rischio :</b>	categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso o l'invalidità totale e permanente, e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tale evento.
<b>Premio :</b>	importo versato a fronte del capitale assicurato.
<b>Prescrizione :</b>	estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
<b>Questionario medico sportivo :</b>	modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
<b>Recesso :</b>	diritto degli Assicurati di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti. Non esiste un diritto formale di recesso, ma esiste la possibilità di non accettazione della copertura da parte dell'Assicurando.
<b>Revoca :</b>	non prevista non essendoci una proposta.
<b>Ricorrenza annuale :</b>	l'anniversario della data di decorrenza del contratto.
<b>Sinistro :</b>	verificarsi dell'evento di rischio assicurato (ovvero il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente da ogni causa ) oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.
<b>Società :</b>	impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione
<b>Società di revisione :</b>	società diversa dalla Società che controlla e certifica i risultati della gestione interna separata
<b>Valuta di denominazione :</b>	valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali: è EURO

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA MONOANNUALE DI GRUPPO IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DI GRADO SUPERIORE AL 66%**

**CONVENZIONE fra**

Italia Lavoro Spa -con sede in Roma, Via Guidobaldo Del Monte,60 – C.A.P. 00197 – P.IVA n. 05367051009, in seguito denominato per brevità "Contraente"

e

La Compagnia .....

**PREMESSO**

- che il Contraente in ottemperanza alle disposizioni del C.C.N.L. di categoria oppure in base al Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore, intende stipulare sulla vita dei propri dirigenti , una assicurazione per il caso di morte e invalidità totale e permanente di grado superiore al 66%;
- che la Compagnia ..... ha confermato di essere disponibile a fornire le prestazioni richieste a condizioni di particolare favore;
- che la contraente ha conferito mandato ad .....per la predisposizione e la gestione delle suddetta convenzione assicurativa;

**VIENE STIPULATA UNA POLIZZA COLLETTIVA ALLE CONDIZIONI CHE SEGUONO :**

**Art.1- Obblighi e modalità di consegna delle Condizioni di Assicurazione da parte del Contraente agli Assicurati**

Il Contraente prende atto che gli assicurati del presente contratto, direttamente o tramite i loro aventi causa, sono portatori di un interesse alla prestazione. In ottemperanza a quanto disposto dalla Circolare IVASS n. 551/D sulla trasparenza il Contraente si impegna a consegnare agli assicurati copia delle condizioni dell'assicurazione stipulata con ....., integrate dalle eventuali Clausole Speciali di seguito indicate.

Il Contraente è tenuto a consegnare tali condizioni a ciascun assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della presente convenzione. La comunicazione ai dipendenti conterrà anche l'indirizzo della Società e i dati per eventuali reclami, indicando che qualunque comunicazione tra l'Assicurato e la Società dovrà avvenire esclusivamente per il tramite dell'Azienda Contraente e del Broker incaricato.

E' in facoltà dell'Assicurato o dei suoi eredi di contattare direttamente la Società nel caso di sinistro o per eventuali reclami, come previsto dalle norme vigenti.

## Sezione 2 - Condizioni di assicurazione

### Art. 1 – Prestazioni assicurate:

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva monoannuale, che **GARANTISCE LA COPERTURA DEL RISCHIO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA OGNI CAUSA** a un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza annuale dell'assicurazione.

Più precisamente:

**PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO:** consiste nell'impegno della Società a pagare al Beneficiario designato il capitale assicurato, nel caso di decesso dell'Assicurato stesso, avvenuto nel periodo di validità della copertura.

**PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE:** consiste nell'impegno della Società a pagare all'Assicurato il capitale designato in polizza, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato stesso che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 66%. Eseguito il pagamento del capitale la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato. Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue normali attitudini, in misura non inferiore al 66%.

Tale assicurazione presuppone inoltre che siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- un unico Contraente;
- copertura di categorie nella loro totalità;
- determinazione del capitale assicurato su ogni testa, in base a criteri uniformi, indipendenti dalla diretta volontà dei singoli.

### Art. 2 – Esclusioni dalla copertura per il caso di morte e invalidità totale e permanente

I rischi di morte e di invalidità totale e permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Sono esclusi dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del contraente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;

### Art. 3 – Limiti di età

Possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età non superiore a 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato il settantesimo anno di età. Tuttavia, per il solo caso morte, la copertura è estesa fino ad anni 75.

L'età dell'Assicurato viene determinata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

### Art. 4 – Diritto di revoca e di recesso

Non è prevista la revoca per mancanza di proposta.

Non esiste un diritto formale di recesso, ma esiste la possibilità di non accettazione della copertura da parte dell'Assicurando. Entro 30 giorni dalla data da cui è venuto a conoscenza della stipula del presente contratto l'Assicurando può esercitare presso il Contraente il proprio diritto di non accettazione della copertura. Il Contraente comunica alla Società i nominativi di coloro che hanno esercitato tale diritto e la Società provvede a escluderli dalla copertura con effetto immediato.

### Art. 5 – Capitali assicurati

I capitali assicurati sono quelli comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base alle norme contenute nei CCNL di categoria oppure nel Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. Essi saranno comunque rispondenti a criteri uniformi, indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati; tali criteri vengono resi noti agli Assicurandi a mezzo appropriata comunicazione aziendale.

#### **Art. 6 – Denuncia**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia entro i successivi due mesi o da quanto ne ha avuto possibilità alla Società, per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione Generale della Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante, redatto sul modulo speciale fornito dalla Società.

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

#### **Art. 7 – Accertamento dello stato di invalidità**

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) 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 e incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

#### **Art. 8 – Collegio arbitrale**

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, la Contraente o l'assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane - con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, un altro dalla Contraente o su sua delega dall'assicurato, 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 dell'assicurato.

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

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

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

#### **Art. 9 – Sospensione del pagamento del premio nel corso dell'accertamento dell'invalidità arbitrale**

Dalla data del timbro postale della raccomandata di cui all'Art. 8 il Contraente sospende il pagamento del premio, contrattualmente dovuto, relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie contrattualmente prestate; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal collegio arbitrale di cui all'Art. 8, l'obbligo al pagamento del premio, qualora contrattualmente dovuto, cessa definitivamente; se l'invalidità non viene invece riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere alla data di denuncia dell'invalidità, se contrattualmente dovuti, aumentati degli interessi di reintegro valuta.

#### **Art. 10 - Pagamento dei capitali assicurati**

Al verificarsi dell'evento assicurato, sempreché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato definito all'Art. 5.

Per tutti pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, in originale o copia conforme.

Il pagamento è effettuato in Italia e in valuta italiana. Per i pagamenti conseguenti a DECESSO dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo fornito dalla Società;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società;
- eventuale atto notorio dal quale risulti se l'Assicurato abbia lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

Per i pagamenti conseguenti ad accertata INVALIDITA' dell'Assicurato, si rimanda ai precedenti Articoli 6 e 7. Ogni pagamento viene effettuato agli aventi diritto entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa richiesta dalla Società, per il tramite del Contraente, presso la Direzione di Roma. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

#### **Art. 11 – Premi di assicurazione**

Il premio di assicurazione per ogni Assicurato sarà determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in base ai tassi di premio, con riferimento al sesso e all'età raggiunta dall'Assicurato/a e all'importo del capitale assicurato. L'età raggiunta è calcolata in anni interi trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

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

Per le uscite in corso d'anno per cause diverse dagli eventi assicurati di cui verrà data comunicazione entro l'annualità assicurativa, verrà rimborsato il rateo di premio, al netto dell'importo fisso, relativo al periodo di mancata esposizione al rischio e determinato mediante riduzione proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

#### **Art. 12 – Modifica delle Condizioni di Assicurazione**

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dall'Autorità di Controllo alle presenti condizioni troveranno autonoma applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione successiva alla data delle modifiche. Delle modifiche verrà data comunicazione per iscritto al Contraente, con indicazione di obbligo di comunicazione agli Assicurati per la parte di loro interesse.

#### **Art. 13 – Beneficiari dell'Assicurazione**

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono i soggetti previsti nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. In mancanza di previsione, Beneficiari dell'assicurazione saranno:

##### **per il caso di morte:**

I soggetti indicati dall'Assicurato stesso o – in mancanza di designazione -gli eredi testamentari o – in mancanza di testamento – gli eredi legittimi;

##### **per il caso di invalidità totale e permanente:**

L'Assicurato stesso.

Il Contraente si impegna a comunicare al più presto alla Società ogni sinistro che si verifichi fra gli Assicurati nel corso dell'anno di assicurazione e provvede all'invio dei documenti necessari per la liquidazione del sinistro. La Società provvederà al pagamento delle prestazioni assicurate direttamente ai Beneficiari.

#### **Art. 14 - Documentazione sanitaria - accertamenti - dichiarazioni dell'assicurando**

In relazione alle finalità del presente contratto, l'assicurazione viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione o accertamento sanitario e indipendentemente dalle attività praticate dal singolo assicurando, fino ad un capitale massimo di Euro 220.000,00= procapite. In caso di aumento dei capitali previsti dal CCNL di categoria il suindicato limite si intenderà adeguato alle prescrizioni del CCNL stesso.

**Art. 15 – Foro Competente**

Per le controversie nascenti tra l'Assicurato i suoi eredi o il Beneficiario da una parte, e il Contraente o la Società dall'altra, sarà competente il Foro nella cui giurisdizione si trova la residenza o il domicilio dell'Assicurato, dei suoi eredi o del Beneficiario.

Per qualsiasi controversia riguardante la Convenzione, stipulata tra il Contraente e la Società, sarà competente il Foro nella cui giurisdizione si trova la sede legale del Contraente.

### **SEZIONE 3 - CLAUSOLE SPECIALI OPERANTI**

#### **Art.1 - Suicidio**

A deroga di quanto previsto all'Art. 2 Sezione 2, il rischio di morte a causa di suicidio si intende coperto dalla data di decorrenza della polizza.

#### **Art. 2 – Condizioni di riconoscimento dell'Invalidità totale e permanente – accertamento**

A parziale modifica e integrazione delle Prestazioni assicurative e garanzie offerte, le parti convengono di applicare la normativa di seguito indicata agli Assicurati appartenenti alla categoria DIRIGENTI che aderiscono al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Dirigenti Industriali per i capitali ivi previsti.

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità lavorativa, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini a meno di un terzo.

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società entro i successivi due mesi o da quando ne hanno avuto la possibilità per gli opportuni accertamenti.

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

-all'atto del riconoscimento, dal parte dell'Ente Previdenziale (INPS ecc.), dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità;

-all'atto del riconoscimento da parte dell'INAIL, di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore ai due terzi la capacità lavorativa specifica e semprechè non ricorra l'ipotesi precedente.

Il suddetto diritto deve essere riconosciuto dall'Ente preposto prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente.

L'invalidità si intenderà riconosciuta ai fini del presente contratto purché:

-il riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro;

-l'età dell'Assicurato non sia superiore a 70 anni;

-la denuncia sia stata comunicata alla Società entro 60 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'Ente Obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato.

Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento.

Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Resta inteso che per la parte di capitale assicurato eventualmente eccedente il limite previsto dal CCNL si applicheranno le condizioni previste per l'accertamento autonomo da parte della Società.

Nel caso in cui, trascorsi dodici mesi dalla data di presentazione della domanda all'Ente Previdenziale o Assicurativo Obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato, lo stesso non abbia ancora riconosciuto il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità o qualora l'avesse negato, l'Assicurato ha facoltà entro i successivi 60 giorni e sempreché l'Ente previdenziale non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società - a mezzo lettera raccomandata -di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente e del relativo grado.

L'accertamento autonomo, oltre che nella fattispecie sopra indicata, verrà attivato anche nel caso in cui non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità; in tal caso non verrà attribuita alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

Nel caso di accertamento autonomo resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'Ente Previdenziale.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata con cui è stata richiesta l'attivazione dell'accertamento autonomo, ovvero entro 180 giorni dalla sua attivazione, nel caso in cui essa avvenga automaticamente.

In caso di controversia sulla natura dell'infortunio o della malattia, sulla conseguenza degli stessi o sul grado di invalidità permanente, è data facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri

da nominarsi con apposito atto.

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

**Art. 3 - Copertura per il caso di morte per i dirigenti a cui è stato indennizzato il capitale per invalidità permanente ed abbiano richiesto la prosecuzione del rapporto di lavoro:**

Copertura non prestata in base a quanto disciplinato dal CCNL di categoria.

**Art. 4 – Condizioni di assunzione del rischio per gli iniziali aventi diritto (continuità con polizza precedente)**

La società prende atto che tutti i nominativi per i quali viene richiesta l'assicurazione erano già assicurati per i medesimi capitali e garanzie con altra copertura assicurativa in corso con la precedente compagnia. Tale copertura cessa dalla data di effetto del presente contratto e le garanzie in corso con il precedente contratto si intendono qui tutte riconfermate e prestate senza soluzione di continuità per i nominativi e i capitali in corso.

Per eventuali nominativi non precedentemente coperti dalla polizza sostituita, per eventuali differenze di capitale in aumento e per i futuri ingressi si conviene quanto segue:

- A. per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 220.000,00=, l'assicurazione viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria, con l'intesa che gli assicurandi siano presenti e attivi al lavoro alla data di decorrenza della copertura, ovvero non assenti a motivo di malattia o infortunio. In deroga a quanto riportato al sotto indicato punto B, nel caso in cui il CCNL di categoria preveda capitali minimi assicurati superiori ai livelli previsti dal presente punto A, si conviene che l'assunzione senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria verrà automaticamente adeguata ai nuovi livelli ed in tal caso la società di riserva di stabilire eventuali sovrappremi.
- B. Qualora il capitale assicurato risulti superiore ad € 220.000,0, anche a seguito di aumenti di capitale già in essere, fino ad un massimo di € 260.000,00, sarà richiesta la compilazione del questionario medico-sportivo concernente il loro stato di salute e le abitudini di Vita (su modulo fornito dalla Società).
- C. per capitali assicurati superiori a € 260.000,00 e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario medico-sportivo, una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Società), l'esame completo delle urine con sedimento, l'ECG con referto del cardiologo, esami del sangue:  
esame emocromocitometrico con formula leucocitaria, VES, piastrine, glicemia, creatininemia, azotemia, acido urico, trigliceridi, colesterolo HDL e Totale, transaminasi SGOT-SGPT, gamma GT, test HIV1 e HIV2, markers epatite B e C;
- D. per capitali assicurati superiori a € 500.000,00, la Società si riserva di richiedere eventuali accertamenti aggiuntivi da concordare prima dell'attivazione della copertura.

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze relative alla compilazione del questionario medico-sportivo.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi agli esami clinici richiesti per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV, la copertura assicurativa non sarà valida in caso di morte o invalidità totale e permanente dovute alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero a patologie a essa collegate, nel caso l'evento assicurato si verifichi nei primi sette anni dalla data di decorrenza della prima polizza.

Qualora gli accertamenti sanitari richiesti dovessero evidenziare motivi di aggravamento del rischio, la Società potrà comunque richiedere ulteriori esami clinici, al fine di valutare la corretta applicazione del sovrappremio e comunicarlo al Contraente.

**Il costo degli eventuali accertamenti è a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.**

È consentito un termine massimo per la presentazione dei documenti di 30 giorni dalla data di inizio della copertura di ciascun Assicurando. La Società, entro i successivi trenta giorni dal ricevimento della documentazione, si riserva – in base alle risultanze di tali documenti di fissare eventuali condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente. Durante il periodo di

massimo sessanta giorni di carenza assicurativa la copertura verrà limitata ai soli casi di morte derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

La Società comunica al Contraente l'entità del sovrappremio da applicare al singolo Assicurato.

La Società comunica all'Assicurato, con lettera personale, sia l'entità del sovrappremio che la motivazione di applicazione dello stesso. A fronte dell'esito degli accertamenti di cui sopra, qualora la Società abbia comunicato le condizioni alle quali è disposta ad assumere il rischio, è dovuto fin dall'ingresso in assicurazione l'intero premio assicurativo comprensivo dell'eventuale sovrappremio richiesto.

La mancata prestazione, entro sessanta giorni dalla richiesta, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata.

Gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati al Contraente stesso, al netto dei diritti e delle imposte.

#### **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 a un importo complessivo pari a otto volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

#### **Art. 6 - Obblighi relativi al trattamento dei dati personali**

1. In relazione al trattamento di dati personali, eventualmente anche sensibili, riguardanti gli Assicurati, *[loro familiari, parenti o comunque Beneficiari della polizza collettiva]* di cui alla presente convenzione, il Contraente si impegna a:

a) raccogliere e trattare tali dati soltanto per le finalità e con le modalità strettamente necessarie all'esecuzione delle attività oggetto della presente convenzione, conformandosi pienamente alle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, e successive modificazioni e integrazioni (di seguito la "Normativa sulla privacy");

b) curare, per conto della Società e con specifico riferimento al trattamento dei predetti dati personali, l'adempimento di ogni obbligo richiesto dalla Normativa sulla privacy in relazione alle attività oggetto del contratto e, in particolare, degli obblighi di informativa alle persone cui si riferiscono i dati (es. i dipendenti) e, ove previsto, dell'acquisizione del loro consenso, secondo le prassi e la modulistica indicate dalla presente convenzione o comunque dalla Società;

c) non divulgare o cedere a terzi i dati personali di cui sia venuto in possesso o a conoscenza in esecuzione delle attività di cui alla presente convenzione, comunicando tali dati nei limiti ivi stabiliti o preventivamente autorizzati dalla Società e adottando ogni misura idonea ad assicurare la riservatezza e la sicurezza degli stessi dati.

2. Il Contraente dichiara inoltre di essere informato che i propri dati personali saranno necessariamente oggetto di trattamento da parte di strutture e personale preposti dalla Società, anche mediante strumenti elettronici, per l'esecuzione degli obblighi scaturenti dalla presente convenzione e dai connessi adempimenti amministrativi, secondo le modalità e nei limiti indicati nella medesima convenzione. Il Contraente potrà in qualunque momento rivolgersi a ....., per ogni eventuale richiesta di accesso, rettifica o aggiornamento dei propri dati personali e per l'esercizio degli altri diritti previsti dalla Normativa sulla Privacy (art. 7 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196).

#### **Art. 7 - Oggetto della copertura**

La Convenzione è stipulata dal Contraente per garantire ai propri dipendenti una copertura in caso di morte e invalidità totale e permanente di grado superiore al 66%. L'assicurazione può essere prestata per le persone appartenenti alle categorie impiegatizie di seguito indicate: Dirigenti

#### **Art. 8 – Decorrenza e durata della Convenzione**

L'assicurazione ha durata 36 mesi e ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2016 e scadrà alle ore 24 del 31.12.2019 e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

La Società si impegna a concedere, su richiesta del Contraente, una estensione temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale o dalla scadenza annuale, nel caso le Parti si avvalgano della facoltà prevista all'ultimo comma del presente articolo, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 30 giorni dalla scadenza; il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 3 mesi prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35 del D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto, che la Società si impegna ad accettare alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo o a seguito di recesso per sinistro previste nella presente polizza.

#### **Art. 9 – Variazione degli assicurati in corso di contratto**

La copertura per ciascun Assicurato decorre dalla data comunicata dal Contraente e si intende:

- a) dalle ore 24.00 del 31.12.2016- - inizio della convenzione - per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
- b) dalle ore 00,00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni e promozioni successive alla data di cui al punto a) e termina dalla data in cui è intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro.

Alla data di inizio della Convenzione il Contraente fornisce alla Società l'elenco degli assicurati da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, data di nascita, sesso, codice fiscale, categoria di appartenenza, capitale da assicurare.

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società ogni variazione in entrata e in uscita che intervenga nel corso dell'annualità assicurativa. Le variazioni del personale assicurato potranno essere fornite alla Società anche attraverso un tracciato riepilogativo che dovrà essere inviato, in formato elettronico, entro i cinque giorni successivi alla chiusura del mese a cui fanno riferimento.

Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà all'emissione delle appendici di variazione.

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

Si ricorda che l'ammissione nell'assicurazione, in relazione all'entità dei capitali richiesti, avviene secondo i termini riportati nelle Condizioni di Assicurazione; la documentazione necessaria per la valutazione del rischio viene trasmessa alla Società dal Contraente, per il tramite del Broker incaricato.

#### **Art. 10 - Pagamento del premio e delle regolazioni premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato, entro 60 giorni a partire dalla data di decorrenza della copertura, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno di decorrenza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. Trascorsi 60 giorni da quello della scadenza del premio la Società ha diritto o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, oppure di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Anche le **appendici** di regolazione comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati rimarranno acquisiti dalla Società.

Si precisa che i rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13/8/2010 (si veda successiva specifica clausola).

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

- 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;
- 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.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

#### **Art. 11 – Documenti contrattuali**

La Società rilascerà al Contraente:

1) all'inizio del contratto e all'inizio di ogni anno successivo, la Polizza con elenco degli Assicurati risultanti in garanzia alle ore 24.00 del 31/12, comprensiva dei capitali e dei premi;

2) in corso d'anno le appendici di variazione degli Assicurati;

Il premio relativo alle appendici di variazione di cui al punto 2 dovrà essere versato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

La Società non emette documenti riepilogativi. Eventuali rilievi sui dati riportati sui documenti dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dal ricevimento. In mancanza di rilievi il documento si intenderà controllato e ritenuto esatto.

#### **Art. 12 - Modifica alle Condizioni di Assicurazione**

Eventuali successive modifiche alle condizioni della presente convenzione saranno regolate con apposita appendice sottoscritta dalle parti.

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

La Società si impegna a fornire a richiesta del Contraente, entro 180 giorni da ciascuna scadenza annuale, l'andamento dei sinistri.

#### **Art. 14 - Criteri di Liquidazione**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo

quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

#### **Art. 15 - Clausola Broker**

La Stazione Appaltante si impegna a comunicare alla Società, anche in corso di polizza, il nominativo del Broker cui è affidata la gestione ed esecuzione della presente polizza assicurativa ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i...

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni Generali di polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente, e così pure ogni comunicazione fatta dalla Compagnia al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. Le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate con lettera raccomandata o telefax o con qualsiasi altro mezzo di comunicazione idoneo.

Il Contraente riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dal Broker la quale è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso del premio.

Il pagamento del premio avverrà tramite il broker il cui compenso sarà a carico della Compagnia aggiudicataria, nella misura di cui al disciplinare di gara, da applicare su ogni rata di premio pagata.

#### **Art. 16 - Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa**

- a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali 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 il Contraente.
- c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte della stessa agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 C.C.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 C.C., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### **Art. 17 - 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 (telefax, e-mail, telegramma, pec) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

#### **Art. 18 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art. 19 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 20 - Clausola di raccordo**

La presente polizza si intende vincolata con le polizze stipulate dal Contraente con la medesima Società, facenti parti del medesimo lotto unico nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per una delle polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, la Contraente potrà richiedere la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per gli altri contratti del medesimo lotto. In tali casi la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza

**L'ASSICURATO**

**LA SOCIETÀ**

## ALLEGATO ELENCO ASSICURATI – STATO DI RISCHIO

N.	Sesso	Età anni	Data di nascita	capitale assicurato
1	F	58	14/06/1958	220.000,00
2	F	58	26/02/1958	220.000,00
3	M	64	11/06/1952	220.000,00
4	M	51	02/12/1964	220.000,00
5	M	62	11/06/1954	220.000,00
6	M	53	13/10/1962	220.000,00
7	M	64	28/01/1952	150.000,00
8	M	61	21/05/1955	220.000,00
9	M	62	16/07/1953	220.000,00
10	F	52	29/02/1964	220.000,00
11	M	67	22/06/1949	220.000,00
12	M	57	10/07/1958	220.000,00
13	M	60	18/02/1956	220.000,00
14	F	49	15/08/1966	150.000,00
15	M	48	14/07/1967	220.000,00
16	M	51	09/06/1965	220.000,00
17	M	49	14/09/1966	220.000,00
18	M	52	23/07/1963	220.000,00
19	F	49	19/12/1966	150.000,00
20	M	52	26/12/1963	220.000,00
21	M	53	20/08/1962	220.000,00
22	F	51	03/06/1965	220.000,00
23	M	54	20/09/1961	220.000,00
24	M	66	12/08/1949	220.000,00
25	M	49	17/04/1967	220.000,00
26	M	52	12/10/1963	220.000,00
27	M	50	03/08/1965	220.000,00