

Allegato 5.3 - Schema Capitolato speciale di Polizza Lotto 3

# **Aci Informatica S.p.A.**

**CAPITOLATO TECNICO DI POLIZZA  
LOTTO 3**

**COPERTURA ASSICURATIVA  
TEMPORANEA CASO MORTE ED INVALIDITA' PERMANENTE DEL  
PESONALE DIPENDENTE CON QUALIFICA DI DIRIGENTE**

**CIG 766560515D**

Tra: Aci Informatica S.p.A.  
Partita I.V.A./C.F.: 00883311003  
con sede in : Via Fiume delle Perle 24 – 00144 Roma  
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: \_\_\_\_\_

si stipula la presente

**POLIZZA TCM E IPT DIRIGENTI N. \_\_\_\_\_**

Contraente : Aci Informatica S.p.A.  
Sede Legale : Via Fiume delle Perle 24 – 00144 Roma  
Broker : Willis Italia S.p.A.  
Decorrenza della copertura : Ore 00:00 del 01/01/2019  
Scadenza della copertura : Ore 00:00 del 01/01/2022  
Scadenze annuali: Ore 00:00 del 01/01  
Frazionamento: annuale  
Regolazione premio: NO  
Tacito rinnovo : NO

## INDICE

<b>SEZIONE 1 - DEFINIZIONI</b>	
<b>SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE</b>	
Art. 2.1	- Durata del contratto - Facoltà di recesso
Art. 2.2	- Gestione del contratto
Art. 2.3	- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede
Art. 2.4	- Diminuzione del rischio
Art. 2.5	- Pagamento del premio - Termini di rispetto
Art. 2.6	- Recesso in caso di sinistro
Art. 2.7	- Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni
Art. 2.8	- Forma delle comunicazioni
Art. 2.9	- Interpretazione del contratto
Art. 2.10	- Assicurati – limite di età
Art. 2.11	- Validità territoriale
Art. 2.12	- Oneri fiscali
Art. 2.13	- Rinvio alle norme di legge
Art. 2.14	- Tracciabilità dei flussi finanziari
Art. 2.15	- Obblighi della Contraente
Art. 2.16	- Disposizione finale
Art. 2.17	- Trattamento dei dati
Art. 2.18	- Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
Art. 2.19	- Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese
<b>SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE E IPT</b>	
	Premessa
Art. 3.1	- Oggetto dell'assicurazione
Art. 3.2	- Capitali assicurati e documentazione sanitaria
Art. 3.3	- Ingresso e permanenza in assicurazione
Art. 3.4	- Suicidio
Art. 3.5	- Documenti contrattuali
Art. 3.6	- Sinistro che colpisca più teste
Art. 3.7	- Beneficiario
Art. 3.8	- Esclusioni
Art. 3.9	- Condizioni riguardanti l'invalidità totale e permanente
Art. 3.10	- Pagamenti della Società
<b>SEZIONE 4 - CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE</b>	
Art. 4.1	- Invalidità totale e permanente
Art. 4.2	- Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente
Art. 4.3	- Collegio Arbitrale
<b>SEZIONE 5 – CALCOLO DEL PREMIO</b>	
Art. 5.1	- Calcolo del premio
	Allegato 1

**SEZIONE 1 - DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si intende per:

<b>Annualità assicurativa periodo assicurativo:</b>	<b>o</b> il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
<b>Assicurato:</b>	il dipendente con qualifica di dirigente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione.
<b>Beneficiario:</b>	persona fisica o giuridica designata nel contratto e che riceve la prestazione prevista dal contratto.
<b>Broker:</b>	Willis Italia S.p.A.
<b>Contraente:</b>	ACI Informatica S.p.A.
<b>Età assicurativa:</b>	la modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
<b>Polizza – Elenco:</b>	il documento che prova l'assicurazione e l'elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prestata, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.
<b>Premio:</b>	l'importo dovuto dalla Contraente alla Società.
<b>Questionario anamnestico:</b>	dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato in relazione al proprio stato di salute fornito dalla Società.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
<b>Società:</b>	la Compagnia di Assicurazione.
<b>Sovrappremio:</b>	la maggiorazione di premio eventualmente richiesto dalla Società nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali e sportive particolarmente rischiose (sovrappremio sportivo).

**La Società****La Contraente**



## SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 2.1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del 01.01.2019, e scadenza alle ore 00.00 del 01.01.2022, con scadenze annuali intermedie al 01 gennaio di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Alla scadenza del contratto è facoltà della Contraente richiedere una proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 6 (sei) mesi.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle Parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di disdetta notificata dalla Società alla Contraente ai sensi del presente comma, la Contraente potrà richiedere la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

### Art. 2.2 - Gestione del contratto

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker incaricato Willis Italia SpA - Sede legale Via Tortona, 33 - 20144 Milano - C.F./P. IVA /n. Iscrizione Registro Imprese MI - 03902220486 Registro Unico Intermediari: B000083306 ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i.

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker medesimo. Inoltre, riconosce che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente è tenuto a fare alla Società e viceversa, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker.

La Società prende atto che il pagamento del premio annuo di polizza, come eventuali ratei e/o regolazioni, verrà effettuato direttamente dalla Contraente alla Società, senza transitare per il broker.

### Art. 2.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte della Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni non siano avvenute con dolo.

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività della Contraente/Assicurato a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività della Contraente medesima.

La Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. La Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta, dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'art. 2.1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso.

### Art. 2.4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione della Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

---

**Art. 2.5 - Pagamento del premio - Termini di rispetto**

---

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1901 del c.c., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. La Contraente è obbligata a pagare la prima rata di premio alla Società entro 60 giorni dalla data di effetto della polizza.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

I termini di cui sopra valgono anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora la Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga; tali termini decorrono dalla data di ricevimento del documento formalmente ritenuto corretto.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Inoltre, 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 effettuate dalla 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;
- al ricevimento da parte della Contraente, del nulla osta nei confronti della Società, al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo, la Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i trenta giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che la 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, 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.

---

**Art. 2.6 - Recesso in caso di sinistro**

---

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata o PEC. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 90 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

---

**Art. 2.7 - Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni**

---

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio, indipendentemente dalla Contraenza.

---

**Art. 2.8 - Forma delle comunicazioni**

---

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

---

**Art. 2.9 - Interpretazione del contratto**

---

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbi interpretativi sull'operatività delle garanzie contrattuali, prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

---

**Art. 2.10 – Assicurati – limite di età**

---

Per Assicurati si intendono tutti i dipendenti della Contraente con qualifica di dirigente aventi un'età compresa fra i 18 e i 70 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età.

---

**Art. 2.11 - Validità territoriale**

---

L'assicurazione vale per il mondo intero.

---

**Art. 2.12 - Oneri fiscali**

---

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

---

**Art. 2.13 - Rinvio alle norme di legge**

---

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

---

**Art. 2.14 - Foro Competente**

---

Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede la Contraente.

---

**Art. 2.15 - Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

---

**Art. 2.16 - Obblighi della Contraente**

---

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art. 1891 del C.C.

Nel caso in cui gli Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premio sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, la Contraente si impegna a consegnare loro (in forma cartacea o elettronica), prima dell'ingresso in assicurazione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dall'articolo 49, comma 2, lettera b) del Regolamento Isvap n. 5/2006.

---

**Art. 2.17 - Disposizione finale**

---

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale



presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

---

**Art. 2.18 - Trattamento dei dati**

---

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i e Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

---

**Art. 2.19 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

---

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

---

**Art. 2.20 - Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese**

---

*(operante se del caso)*

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia _____	Società mandataria	_____ Quota xx%
⇒ Compagnia _____	Società mandante	_____ Quota xx%
⇒ Compagnia _____	Società mandante	_____ Quota xx%

Il termine “Società” indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l’Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

**In caso di coassicurazione**

L’assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel “Riparto” che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate:

⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Delegataria
⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Coassicuratrice
⇒ Compagnia _____	Quota _____ % - Coassicuratrice

L’Impresa Delegataria provvederà, comunque ed in ogni caso, in deroga a quanto disposto dall’art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all’accordo di coassicurazione, ad emettere atto di liquidazione per l’intero importo dei sinistri nei confronti dell’Assicurato danneggiato o comunque dell’avente diritto senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.

La Contraente ha affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio assicurativo Willis Italia Spa e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente e degli Assicurati dalla società Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione

Pubblicato in data 23 ottobre 2018

compiuti dalla Delegataria per conto comune. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

**La Società**

**La Contraente**

---

---

**SEZIONE 3 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE E IPT****Premessa**

Il presente contratto è volto a disciplinare i rapporti tra la Contraente e la Società al fine di garantire la copertura di un capitale in caso di morte ed invalidità permanente dei dirigenti in servizio presso la Contraente stessa, in forza di quanto previsto all'articolo 12 del C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende industriali e da eventuali accordi o regolamenti aziendali.

**Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione**

La presente assicurazione di gruppo ha lo scopo di garantire la copertura assicurativa per il caso di morte e di invalidità totale e permanente da qualunque causa derivante, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

**Art. 3.2 - Capitali assicurati e documentazione sanitaria**

Il presente contratto prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. di categoria ed eventuali maggiorazioni definite dai Contratti Integrativi aziendali, di cui la Contraente fornirà estratto alla Società.

L'inclusione in copertura di nuovi Assicurati o le variazioni in aumento di capitali di coperture già in corso devono essere effettuate con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali sino all'importo pari al tetto massimo previsto dal CCNL di categoria non è richiesta la presentazione di alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione dell'Assicurato e/o della Contraente;
- per capitali superiori al tetto massimo previsto dal CCNL di categoria ma sino a Euro 350.000,00 mediante sottoscrizione di apposito questionario anamnestico. In base alle risposte, la Società si riserva di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a Euro 350.000,00 mediante effettuazione di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

**Il capitale massimo assicurabile pro-capite non potrà eccedere € 750.000,00.**

Le norme di cui sopra valgono anche in caso di aumenti di capitali di coperture già in essere.

Ai fini della corretta individuazione della documentazione sanitaria da presentare, ad eccezione del capitale previsto dal CCNL di categoria, per il quale non dovrà in ogni caso essere presentata alcuna documentazione e/o dichiarazione, per gli scaglioni successivi, si terrà conto del capitale complessivamente garantito oltre che con il presente contratto anche con altri contratti stipulati in forma collettiva per l'Assicurato da includere o per il quale si sta procedendo all'aumento di capitale assicurato.

Qualora l'accertamento sanitario richiesto evidenzi dei motivi di aggravamento del rischio tali da rendere necessaria l'applicazione di sovrappremi o l'effettuazione di ulteriori accertamenti sanitari, entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione, la Società darà comunicazione alla Contraente della misura del sovrappremio da applicare o degli accertamenti sanitari da effettuare. In questi casi, in attesa della definizione, le garanzie sono limitate ai capitali previsti alla prima alinea del presente articolo.

La decorrenza degli adeguamenti dei capitali assicurati sarà dalle ore 24 della data di avvenuta accettazione da parte della Società.

La Società si obbliga ad assicurare con il presente contratto tutti i dirigenti fino al capitale massimo previsto dal CCNL di categoria indipendentemente dagli esiti della documentazione sanitaria che il dirigente dovesse presentare per assicurare un capitale superiore.

Si precisa, inoltre, che per i dirigenti già coperti da altra copertura assicurativa alla data di decorrenza del presente contratto, l'assicurazione verrà assunta mantenendo le tarature dei rischi già applicate dal

precedente assicuratore, senza richiedere alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione della Contraente, previa consegna della polizza scaduta.

---

**Art. 3.3 – 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 successivo art. 2.5 – Pagamento del premio - Termini di rispetto .

La Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici ed il codice fiscale relativi ai singoli Assicurati.

Per i nuovi assunti o nominati la copertura assicurativa decorre dalle ore 00 del giorno di assunzione o nomina risultante dai libri amministrativi della Contraente, la quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 45 giorni.

In caso di capitale assicurato superiore a quello previsto dal CCNL di categoria, si rimanda a quanto stabilito al precedente articolo 3.2 - Capitali assicurati e documentazione sanitaria, 6° comma.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24 del giorno di risoluzione del rapporto di lavoro presso la Contraente, la quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 45 giorni.

Per le comunicazioni inviate oltre il termine di 45 giorni, la decorrenza della inclusione o esclusione sarà dalle ore 00 del giorno di ricevimento della suddetta comunicazione.

---

**Art. 3.4 - Suicidio**

---

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

---

**Art. 3.5 - Documenti contrattuali**

---

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

Inoltre, verranno emesse appendici in corso di anno per le inclusioni/esclusioni come disciplinato nel precedente art. 3.3 – Ingresso e permanenza in assicurazione.

---

**Art. 3.6 - Sinistro che colpisca più teste**

---

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

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

---

**Art. 3.7 – Beneficiario**

---

Beneficiaria delle prestazioni assicurate è la Contraente.

---

**Art. 3.8 - Esclusioni**

---

I rischi di morte e di invalidità totale e permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo della 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 della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
  - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
  - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico;
-

- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero da altra patologia a essa collegata a patto che il decesso avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza della prima polizza, nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi al test HIV in occasione dell'eventuale visita medica.

In questi casi, la Società corrisponderà solo un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduta.

---

**Art. 3.9 - Condizioni riguardanti l'invalidità totale e permanente**

---

Le condizioni riguardanti l'invalidità totale e permanente sono regolate nella successiva **Sezione 4**.

---

**Art. 3.10 - Pagamenti della Società**

---

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

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

- domanda sottoscritta dalla Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico sulla causa del decesso;
- copia della cartella clinica dell'ospedale in caso di ricovero precedente il decesso o di decesso avvenuto in ospedale pubblico o privato;
- 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 o dell'eventuale autopsia;

Per i pagamenti conseguenti ad invalidità totale e permanente dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta dalla Contraente;
- copia delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria utile ad attestare lo stato di invalidità;
- certificato del medico curante attestante lo stabilizzarsi della malattia o infortunio che ha comportato l'invalidità;
- copia della dichiarazione INPS attestante il diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale.

La Società si riserva il diritto di richiedere, qualora lo ritenga necessario, eventuale documentazione supplementare.

La Società esegue il pagamento entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

**La Società**

---

**La Contraente**

---

**SEZIONE 4 - CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE****Art. 4.1 - Invalidità totale e permanente**

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che abbia visto ridotta, in modo permanente ed a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini (invalidità superiore al 66%).

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

Resta inteso che in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro del Dirigente/assicurato dopo il pagamento della prestazione per invalidità totale e permanente non sarà operativa alcuna garanzia.

**Art. 4.2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società.

Per i capitali assicurati previsti dal CCNL di categoria o da Accordo Integrativo Aziendale, la Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente così come formulato:

- dall'INPS, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;
- dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente; purché, il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima dell'eventuale cessazione del rapporto di lavoro con la Contraente.

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

Il pagamento del capitale assicurato previsti dal CCNL di categoria o dall'Accordo Integrativo Aziendale verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

Per l'eventuale capitale eccedente quanto sopra previsto, la Società procederà in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente e del relativo grado.

Analoga procedura potrà esser attivata qualora gli Enti di cui sopra, dodici mesi dopo la data di presentazione della domanda di invalidità da parte dell'Assicurato non si siano ancora pronunciati in merito, oppure non sussistano in capo all'Assicurato i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini della pensione.

Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'Ente, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società ed Assicurato.

La Contraente o l'Assicurato devono farne richiesta alla Società per gli opportuni accertamenti inviando a mezzo lettera raccomandata A.R. il certificato del medico curante.

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

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni.

A richiesta della Società, la Contraente o 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 accertamenti dello stato di invalidità permanente dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

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

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

Eseguito il pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

#### **Art. 4.3 - Collegio Arbitrale**

---

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria e con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Società, di conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano la Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un Collegio Arbitrale composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, il secondo dalla 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 giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro o di residenza.

Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale.

Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente la Contraente, la Società provvederà ad individuare, sostenendone l'onere, il medico designato a fungere da arbitro per conto della Contraente ed a gestire tutte le attività necessarie per conto della stessa.

La Contraente si impegna ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.

I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, di cui al primo comma del presente articolo, la 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 la Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.



Pubblicato in data 23 ottobre 2018

**La Società**

---

**La Contraente**

---

**SEZIONE 5 – CALCOLO DEL PREMIO****Art. 5.1 – Calcolo del premio**

Il premio di assicurazione per ciascun Dirigente assicurato è determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione o al momento dell'ingresso in copertura se successivo in base ai tassi di premio riportati in tabella (allegato 1), con riferimento all'età assicurativa raggiunta ed all'importo del capitale assicurato.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno saranno stabiliti ratei di premio ottenuti riducendo i premi annui in proporzione alla durata della copertura.

Per le uscite in corso d'anno non dipendenti dall'evento assicurato la Società restituirà alla Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo per la quale la copertura non sarà più prestata.

**La Società****La Contraente**



tassi ‰		
caso di morte o invalidità		
età	femmine	maschi
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		

tassi ‰		
caso di morte o invalidità		
età	femmine	maschi
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

La Società

La Contraente



**CLAUSOLE VESSATORIE**

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

**La Società****La Contraente**

