

Lotto 1 A
Capitolato Speciale

POLIZZA
TEMPORANEA CASO MORTE DA MALATTIA
E
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DA MALATTIA

Stipulata tra:

*Autorità Garante della
Concorrenza e del Mercato*

Piazza Giuseppe Verdi 6 A

Cap 00198 Roma

P.IVA n°

E

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Indice

Sezione 1 – Definizioni, Descrizione del rischio.....	4
Art. 1 – Definizioni	4
Art. 2 – Descrizione del rischio	6
Art. 3 Clausola di raccordo	6
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione valide per tutte le sezioni di polizza	7
Art. 1 Variazione del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	7
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	7
Art.3 - Durata dell’assicurazione	7
Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
Art. 6 – Calcolo del premio di perfezionamento, rinnovo e regolazione premio.....	9
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	10
Art. 9 - Oneri fiscali	10
Art. 10- Foro competente.....	10
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	10
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società	10
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	10
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	11
Art. 15 - Clausola Broker.....	12
Art. 16– Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n° 136/2010	12
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge	13
Art. 18- Trattamento dei dati	13
Art. 19 – Estensione territoriale	13
Art.20– Suicidio	13
Art.21– Beneficiari.....	13
Art. 22 Esclusioni	13
Art. 24 – Clausola OFAC – Sanzioni internazionali.....	14
Art. 25 – Clausola di esclusione territoriale.....	14
Art. 26- Sinistro che colpisca più teste	15
Art. 27 - Coassicurazione e Delega	15
Sezione 3 – Norme che regolano l’Assicurazione Caso Morte da malattia.....	16

Art. 1 –Soggetti assicurati – Rischio assicurato	16
Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione.....	16
Art.3 - Capitali assicurati.....	16
Art.4 – Informazioni per attivazione della copertura – Free Cover.....	17
Art.5 –Commorienza dell’assicurato e del coniuge (opzione migliorativa – Inserimento garanzia).....	17
Art. 6 Decesso assicurato con figlio disabile fiscalmente a carico (opzione migliorativa – Inserimento garanzia)	17
Sezione 4 – Norme che regolano l’Assicurazione Invalidità Totale e Permanente per malattia.....	18
Art.1 - Invalidità totale e permanente.....	18
Art 2 – Denuncia dell’invalidità e condizioni di riconoscimento	18
Art.5 - Collegio arbitrale	20
Art.6 - Pagamento dell’indennizzo	21
Sezione 5 – Norme che regolano l’Assicurazione Caso Morte delle Categorie	22
Art. 1 –Soggetti assicurati.....	22
Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione.....	22
Art.3 - Capitali assicurati.....	22
Art.6– Suicidio.....	23
Art.7– Beneficiari.....	23
Art. 8 Esclusioni	23
Art.9 - Pagamenti della Società	23
Sezione 6 – Calcolo del premio	24
Art. 1 – Calcolo del premio	24

Sezione 1 – Definizioni, Descrizione del rischio

Art. 1 – Definizioni

Le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	<p>Categoria 1) il personale dirigente in servizio</p> <p>Categoria 2) il personale dipendente non dirigente in servizio</p> <p>Categoria 3) I Vertici (Presidente , Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) in corso di mandato</p> <p>4) Il personale dirigente e dipendente che cessa dal servizio con diritto di pensione</p> <p>5) I Vertici (Presidente , Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) che terminano il loro mandato</p> <p>Si precisa che nelle categorie 1 e 2 si intendono compresi : il personale dirigente e non, in posizione di comando, distacco, fuori ruolo o aspettativa con o senza assegno; il dipendente non di ruolo, con contratto a tempo determinato in comando, distacco e fuori ruolo presso la Contraente; dipendenti in aspettativa non retribuita che si recano presso altri Enti a svolgere incarichi similari, anche all'estero.</p> <p>Fermo quanto sopra si intendo assicurate le persone aventi un'età compresa fra i 18 ed i 75 anni. Tuttavia, per persone che raggiungano il compimento del settantacinquesimo anno di età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente</p>
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione. L'Assicurazione di gruppo di cui alla presente polizza è un'assicurazione collettiva, che garantisce la copertura del rischio di morte da malattia o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione e come disciplinato nelle specifiche sezioni.
Broker	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto- Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato - AGCM

Età Media	Media aritmetica delle età degli assicurati
Garanzie	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Elenco	Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ per gli Assicurati appartenenti alla <i>“Categoria 1) e 2) Dirigenti e Dipendenti in servizio”</i> per retribuzione deve intendersi la voce <i>“retribuzione di livello”</i>, desumibile dalle scritture contabili della Contraente; ✓ per gli Assicurati in posizione <i>“di comando, distacco, fuori ruolo o aspettativa con o senza assegno, ”</i> per retribuzione deve intendersi <i>“retribuzione di livello figurativa”</i> dato dalla retribuzione di livello della qualifica di riferimento liquidata al personale in esame, corrispondenti a quelle spettanti al personale dipendente. Per il personale in aspettativa per qualsiasi causa si intenderà la retribuzione virtuale equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'evento ✓ per gli assicurati in posizione di <i>“dipendente non di ruolo, con contratto a tempo determinato in comando, distacco e fuori ruolo presso la Contraente”</i> per retribuzione deve intendersi <i>“retribuzione di livello figurativa”</i> dato dalla retribuzione di livello della qualifica di riferimento liquidata al personale in esame, corrispondenti a quelle spettanti al personale dipendente. ✓ Per gli assicurati appartenenti alla <i>“Categoria 3) Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto)”</i> per retribuzione deve intendersi la voce <i>“retribuzione di livello”</i>, desumibile dalle tabelle retributive deliberate annualmente dal Collegio. ✓ Per gli assicurati appartenenti alle <i>“Categoria 4) Il personale dirigente e dipendente che cessa dal servizio con diritto di pensione e Categoria 5) Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto)”</i> per pensione annua lorda (PAL) deve intendersi l'importo annuo lordo da percepire a titolo di pensione, comunicato dall'INPS al momento dell'entrata in quiescenza <p>Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione, come definita quella che l'Assicurato ha percepito, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'evento, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.</p>

Pensione Annuale Lorda (PAL)	L'importo annuo lordo da percepire a titolo di pensione, comunicato dall'INPS al momento dell'entrata in quiescenza
Società	L'Impresa Assicuratrice

Art. 2 – Descrizione del rischio

La presente Assicurazione è volta a disciplinare i rapporti tra Contraente e Società al fine di garantire la copertura di morte da malattia e di invalidità totale e permanente da malattia non professionale in virtù di quanto previsto dagli Accordi Sindacali sottoscritti. Pertanto, è obbligatoria l'assicurazione per la totalità dell'intera categoria.

La presente polizza copre i rischi di morte e di invalidità permanente in capo agli assicurati quale conseguenze di malattia – (fatte salve le specifiche indicate per singola categoria) con la sola esclusione dei casi determinati da atti di terrorismo con armi nucleari, batteriologiche e chimiche, -prescindendosi del tutto da franchigie temporali e da dichiarazioni o documentazioni sanitarie in ordine allo stato di salute degli assicurati. Si considerano influenti, nella reale rappresentazione del rischio globale, le circostanze oggettive di tempo, di luogo, di mansioni, di salute nonché lo stato subiettivo dei singoli assicurati in ordine alle stesse, con la conseguente incontestabilità della copertura assicurativa per i rischi di morte e di invalidità permanente.

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

Art. 3 Clausola di raccordo

Premesso che è stata stipulata separata polizza n..... con la medesima compagnia per la copertura Long Term Care (LTC) si conviene che la presente polizza forma rischio comune con la predetta polizza. Resta inteso che la decadenza della polizza n..... comporterà l'automatica inoperatività della presente polizza.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione valide per tutte le sezioni di polizza**Art. 1 Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto**

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono 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.3 - Durata dell'assicurazione

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

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

Nei suddetti casi, alla Società verrà riconosciuta la corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura ulteriore decorrente dalla scadenza o cessazione del contratto.

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

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

Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

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

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

- 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 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

Art. 5 Revisione del prezzo

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

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

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

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui al comma 1, presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con il termine di preavviso previsto all'Art. 3) Durata del contratto, ultimo comma, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata). La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

Qualora alla data di effetto del recesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente.

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

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

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

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.

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

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

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

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

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10- Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell'Assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

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

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

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

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri senza seguito;
- d) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata

una penale nella misura dell'1% del valore dell'appalto, a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Roma – Viale di Villa Grazioli n 23 -Tel. 06/545161 Fax: 06/5919718, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker. La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 1,67% del premio annuo imponibile.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

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

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

Art. 16– Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni

finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18- Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art.20– Suicidio

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

Art.21– Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- quelli indicati dall'Assicurato stesso direttamente alla Società mezzo Raccomandata o PEC (posta certificata) 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 l'Assicurato stesso.

Art. 22 Esclusioni

É escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. 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.

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

Art.23 - 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 individuare gli aventi diritto.

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

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello appositi da richiedere alla Società;
- cartella clinica dell'ospedale, relativa al ricovero precedente il decesso;
- in caso di morte violenta (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 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

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

Art. 24 – Clausola OFAC – Sanzioni internazionali

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

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

Art. 25 – Clausola di esclusione territoriale

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

- (i) derivanti da attività nei Paesi elencati in calce alla presente clausola o nelle relative acque territoriali, zona contigua, zona economica esclusiva (le Acque), diverse dal solo passaggio senza alcuna sosta in uno o più dei predetti Paesi / Territori o relative Acque e con l'eccezione delle rotte internazionali;
- (ii) sostenuti dal governo di uno o più dei predetti Paesi / Territori, da persone fisiche o giuridiche residenti in uno dei predetti Paesi o territori o situate in uno degli stessi o nelle loro Acque;

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

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

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

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

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

Art. 26- 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 massimo complessivo, a seguito di uno stesso evento, pari a € 40.000.000,00.

Art. 27 - Coassicurazione e Delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c. le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza.

La Spettabile....., all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso,

In nome proprio e per conto delle Coassicuratrici con applicazione di un regime di responsabilità solidale tra tutte le coassicuratrici in deroga all'art. 1911 c.c. anche relativamente al pagamento dell'indennizzo.

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

Sezione 3 – Norme che regolano l'Assicurazione Caso Morte da malattia

Categoria 1) Personale dirigente in servizio

Categoria 2) Personale dipendente non dirigente in servizio

Categoria 3) I Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) in corso di mandato

Art. 1 –Soggetti assicurati – Rischio assicurato

La presente sezione di polizza è volta a garantire le garanzie per gli Assicurati di cui alle Categorie 1, 2 e 3 come definite, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

I rischi di morte e di invalidità totale e permanente sono garantiti unicamente quali conseguenze di malattia.

Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

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

Per i nuovi assunti o nominati che richiedono l'ingresso in copertura, la stessa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dai documenti utilizzati a tale scopo dal Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro **60 giorni**.

Ferma restando la copertura degli Assicurati come da Definizioni di Polizza, il Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici ed il codice fiscale relativi ai singoli assicurati.

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

- a) Pensionamento/cessazione con espressa volontà di non mantenimento della copertura per il Caso Morte
- b) Risoluzione del rapporto di lavoro
- c) Comunicazione di esclusione per aspettativa, comando, distacco

Si precisa che il personale di cui al punto c) potrà chiedere la successiva re-inclusione con espressa richiesta della Contraente.

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

Art.3 - Capitali assicurati

I capitali assicurati comunicati dal Contraente all'inizio di ogni periodo assicurativo sulle singole teste sono stabiliti in base a criteri oggettivi, uniformi e secondo la volontà manifestata dai singoli Assicurati, in merito all'entità del capitale da assicurare.

Il capitale da assicurare viene stabilito dall'assicurato nella misura di 1, 2 o 3 volte l'ammontare di retribuzione lorda (come definita per specifica categoria assicurata) alla data del 31 dicembre precedente alla richiesta di inserimento/variazione, secondo la volontà manifestata dallo stesso, prima dell'inizio di ciascuna annualità assicurativa.

Nell'arco della durata del contratto, e ferma restando l'unicità del contratto stesso, il capitale iniziale verrà annualmente adeguato in funzione degli incrementi retributivi a qualsiasi titolo verificatisi.

In caso di morte dell'Assicurato o di accertata invalidità totale e permanente, sempreché questo sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento del premio, verrà corrisposto il capitale assicurato come definito.

Art.4 – Informazioni per attivazione della copertura – Free Cover

All'attivazione della presente polizza, e in occasione di ogni comunicazione di inclusione il Contraente fornirà: un elenco identificativo dei soggetti assicurati riportante:

- nome e cognome
- data di nascita
- luogo di nascita
- sesso
- qualifica
- codice fiscale
- capitale assicurato

Il gruppo iniziale assicurato deve intendersi in continuità di copertura quello risultante alla data di scadenza della polizza immediatamente precedente la presente copertura.

Per i neoassunti non verrà chiesta alcuna documentazione assuntiva.

Per i dipendenti in servizio, non inseriti nel gruppo iniziale degli assicurati alla decorrenza della copertura, per i quali venga richiesta attivazione della garanzia successivamente alla decorrenza della stessa, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di presentare il Questionario Anamnestico.

L'esonero della presentazione del Questionario Anamnestico deve intendersi previsto per gli Assicurati che prevedano quale capitale assicurato un importo pari o uguale ad **€ 732.000 (settecentotrentaduemila)**.

Per Capitali assicurati superiori a **€ 732.000 (settecentotrentaduemila)** l'Assicurato dovrà presentare il *Questionario Anamnestico*, sulla base del Modulo fornito dalla Società in sede di emissione del contratto.

Art.5 –Commorienza dell'assicurato e del coniuge (opzione migliorativa – Inserimento garanzia)

In caso di commorienza dell'assicurato e del proprio coniuge/unito (senza che sia possibile stabilire quale dei due sia morto prima, ai sensi dell'art. 4 del codice civile), la Società si impegna a garantire il raddoppio del capitale assicurato ai beneficiari legittimi.

Art. 6 Decesso assicurato con figlio disabile fiscalmente a carico (opzione migliorativa – Inserimento garanzia)

In caso di decesso dell'assicurato che abbia avuto, al momento del sinistro, almeno un figlio disabile a carico fiscale, la Società si impegna a garantisce il raddoppio del capitale assicurato ai beneficiari legittimi. Si definisce persona disabile colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione anche lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione.

La liquidazione della maggiorazione prevista in tale circostanza presuppone la presenza del requisito previsto dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 in favore del figlio dell'assicurato. Tale requisito deve essere stato riconosciuto prima dell'accadimento del sinistro.

Sezione 4 – Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Totale e Permanente per malattia**Categoria 1) Personale dirigente in servizio****Categoria 2) Personale dipendente non dirigente in servizio****Categoria 3) I Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) in corso di mandato****Art.1 - Invalidità totale e permanente**

La Società garantisce in caso di 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 connessa a malattia, comunque, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile risulti inidoneo alla prosecuzione del rapporto di lavoro in atto sino a quel momento con il Contraente.

Sono incluse nella copertura assicurativa le inabilità derivanti da invalidità riconosciute dai competenti organi pubblici e già note all'Autorità all'atto dell'iscrizione nell'assicurazione.

Art 2 – Denuncia dell'invalidità e condizioni di riconoscimento

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo di lettera raccomandata:

- il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società;
- Certificato di nascita;
- Referto medico del riconoscimento dello stato di Invalidità totale e permanente, redatto dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS);
- Comunicazione del conseguente provvedimento di cessazione dal servizio, deliberato dai competenti organi del Contraente.

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 sia per il rischio Caso Morte che per l'Invalidità Totale e Permanente.

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

Art. 3 Accertamento autonomo Opzione migliorativa – Inserimento articolo

Qualora, dodici mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'INPS o l'INAIL non avessero ancora riconosciuto o negato il diritto alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e sempre che l'INPS o l'INAIL non si siano nel frattempo pronunciati, di richiedere alla Società di procedere in via diretta **all'accertamento autonomo** dell'invalidità permanente, come definita al comma 5 del presente articolo. Tale facoltà, che è irrevocabile, deve essere manifestata a mezzo lettera raccomandata, trasmettendo contestualmente il certificato del medico curante redatto sul modulo speciale che la Società fornisce e l'eventuale ulteriore documentazione disponibile. Una volta esercitata, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'INPS o dell'INAIL, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra la Società e Assicurato.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4 - Norme che regolano l'accertamento autonomo

(valida se offerta migliore di cui all'art. 3 che precede)

Nel caso di avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità di cui al 4° comma dell'Art. 1, a richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati:

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

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

Art.5 - 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 medicinale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

La decisione del Collegio Arbitrale è presa 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 rifiuti 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.

Art.6 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito 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.

Sezione 5 – Norme che regolano l'Assicurazione Caso Morte delle Categorie

Categoria 4) Personale dirigente e dipendente che cessa dal servizio con diritto di pensione

Categoria 5) Vertici (Presidente, Componenti del Collegio, Segretario Generale e Capo di Gabinetto) che terminano il loro mandato

Art. 1 –Soggetti assicurati

La presente sezione di polizza è volta a garantire gli Assicurati come definiti alle Categorie 4 e 5 del presente contratto, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

Il rischio morte è garantito unicamente quale conseguenza di malattia.

Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Le garanzie di cui alla presente sezione operano, per i pensionati e i Vertici cessati, automaticamente dalle ore 00:00 del giorno successivo al giorno di risoluzione del rapporto, per quiescenza o per fine mandato.

Entro 30 giorni dalla risoluzione del rapporto per quiescenza/ fine mandato gli Assicurati, potranno esercitare presso il Contraente il diritto di "*non accettazione della copertura*" e il Contraente, entro i successivi 15 giorni, comunicherà i nominativi di coloro che hanno esercitato tale diritto alla Società, che provvederà ad escludere gli stessi con effetto immediato dalla copertura, fatta salva la restituzione del premio che fosse già stato eventualmente versato.

Gli Assicurati non saranno tenuti a presentare alcuna documentazione aggiuntiva né a sottoporsi a visita medica.

La Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun pagamento una quietanza facente parte integrante del presente contratto.

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.

Art.3 - Capitali assicurati

I capitali da assicurare, da definire nella misura di 1, 2 o 3 volte l'ammontare della pensione annua lorda e che non potranno eccedere il massimale di **€ 732.000,00 (settecentotrentaduemila)**, saranno comunicati dal Contraente entro 30 giorni dalla risoluzione del rapporto, nonché all'inizio di ogni annualità assicurativa.

Nell'arco della durata del contratto, e ferma restando l'unicità del contratto stesso, il capitale iniziale potrà essere annualmente adeguato in funzione degli incrementi economici a qualsiasi titolo verificatisi e comunicate dalla Contraente secondo quanto previsto alla Sez. 2 art. 6, fermo il limite massimo di **€ 732.000,00 (settecentotrentaduemila)**.

In caso di morte dell'Assicurato, sempreché questo sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento del premio, verrà corrisposto il capitale assicurato.

Art.6– Suicidio

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

Art.7– Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni 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.

Art. 8 Esclusioni

É escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Inoltre, se durante il soggiorno dell'Assicurato all'estero si verifica uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili, 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;

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 individuare gli aventi diritto.

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

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello apposti da richiedere alla Società;
- cartella clinica dell'ospedale, relativa al ricovero precedente il decesso;
- in caso di morte violenta (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 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

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

Sezione 6 – Calcolo del premio

Art. 1 – Calcolo del premio

Il premio annuo è determinato applicando il tasso annuo offerto, al totale dei capitali assicurati, in base ai dati riportati nella seguente tabella, nonché dell'Allegato 1) Elenco Assicurati.

Si precisa che per "Età media degli Assicurati" si intende quella che gli Assicurati raggiungeranno alla data di effetto della copertura (31.12.2024), calcolata sulla popolazione esistente alla data del 31 maggio 2024.

NUMERO ASSICURATI	ETA' MEDIA	CAPITALE ASSICURATO COMPLESSIVO	TASSO MEDIO ANNUO
.....di cui MASCHI.....e FEMMINE.....	Anni,.....		

La Società

Il Contraente

--

-