

**Lotto n° 1
Capitolato Speciale
(CIG 8636809840)**

**POLIZZA
TEMPORANEA CASO MORTE DA MALATTIA
E
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DA MALATTIA
PERSONALE DIPENDENTE**

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, attività e partite assicurate.....	4
Art. 1 – Definizioni	4
Art. 2 – Descrizione del rischio	5
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione.....	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 e regolazione del premio e decorrenza della garanzia.....	7
Art.6 – Recesso del contratto	8
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	8
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	9
Art. 9 - Oneri fiscali	9
Art. 10- Foro competente.....	9
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	9
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società.....	9
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	9
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	10
Art. 15 - Clausola Broker.....	11
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n° 136/2010	11
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge	12
Art. 18- Trattamento dei dati	12
Art. 19. – Estensione territoriale	12
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione.....	12
Art. 1 –Soggetti assicurati.....	12
Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione.....	12
Art.3 - Capitali assicurati.....	13
Art.4 – Informazioni per attivazione della copertura - Documentazione sanitaria (Opzione base – vale 0 punti)	13

Art.5 – Informazioni per attivazione della copertura - Documentazione sanitaria (Opzione migliorativa – vale 16 punti)	14
Art.6– Suicidio.....	14
Art.7 - Sinistro che colpisca più teste (opzione base: vale 0 punti).....	14
Art. 8- Sinistro che colpisca più teste (opzione migliorativa: vale max 8 punti)	14
Art.9– Beneficiari	15
Inserimento garanzia – Opzione migliorativa Vale 8 punti Art.9 –Commorienza dell’assicurato e del coniuge	15
Inserimento garanzia – Opzione migliorativa Vale 8 punti Art. 10 Decesso assicurato con figlio disabile fiscalmente a carico.....	15
Art. 10 Esclusioni	15
Art.11- Polizze integrative	15
Art.12 - Pagamenti della Società	16
Sezione 4 – Norme che regolano la garanzia	17
Art. 1 – Caso Morte	17
Art. 3 - Invalidità totale e permanente	17
Art 4 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento	18
Art. 4 - Pagamento dell'indennizzo	19
Art. 5 - Collegio arbitrale	19
Sezione 5 – Calcolo del premio	20
Art. 1 – Calcolo del premio	20

Sezione 1 – Definizioni, attività e partite assicurate

Art. 1 – Definizioni

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

Annualità assicurativa	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Nello specifico caso: 1) il personale dirigente in servizio presso la Contraente 2) il personale dipendente non dirigente in servizio presso Contraente 3) il personale dirigente e non, in posizione di comando, distacco, fuori ruolo o aspettativa; 4) il dipendente non di ruolo, con contratto a tempo determinato in comando, distacco e fuori ruolo presso la Contraente.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione. L'Assicurazione di gruppo di cui alla presente polizza è un'assicurazione collettiva, che garantisce la copertura del rischio di morte da malattia o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.
Beneficiario	La Contraente stessa in esecuzione degli specifici obblighi derivanti dal CCNL
Broker	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto
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.
Polizza elenco	Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti

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 “Categoria Dipendenti” per retribuzione deve intendersi la voce “retribuzione di livello”, desumibile dalle scritture contabili della Contraente; • per gli assicurati appartenenti alla "Categoria Comandati" per retribuzione deve intendersi “retribuzione di livello figurativa” dato dalla retribuzione di livello della qualifica di riferimento e dalle altre competenze accessorie liquidate 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’infortunio; • Per gli assicurati appartenenti alla “categoria Presidente e Componenti Collegio per retribuzione deve intendersi la voce “retribuzione di livello”, desumibile dalle scritture contabili della Contraente; <p>Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione, come definita nel comma precedente quella che l’infortunato ha percepito, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l’infortunio, 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>
Società	L’Impresa Assicuratrice

Art. 2 – Descrizione del rischio

La presente Assicurazione è volta a disciplinare i rapporti tra Contraenti 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 dal Regolamento Aziendale in vigore. 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 - 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.

30 1990
2020

 AGCM | AUTORITÀ GARANTE
DELLA CONCORRENZA
E DEL MERCATO 

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.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

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 tre anni: dalle ore 24.00 del 30.06.2021 alle ore 24.00 del 30.06.2024.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza, fatta salva la facoltà di stipulare la ripetizione del servizio alle medesime condizioni economico normative in corso, una sola volta per ulteriori 24 mesi e precisamente fino alle ore 24 del 30.6 2025 ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D.Lgs. 50/2016, a patto che in tal momento ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi.

È però facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 4 – Pagamento e regolazione 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 30.06.2021.

Il contrente 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.

Il premio annuo dovuto è determinato applicando, alla somma dei capitali assicurati, il tasso medio indifferenziato per età offerto.

Il tasso netto così determinato, resterà fisso ed invariato per l'intera durata dell'Assicurazione comprese eventuali proroghe.

All'inizio di ciascuna annualità successiva, il premio da corrispondere verrà ricalcolato sulla base dei capitali assicurati a tale data applicando il tasso sopra indicato.

Le regolazioni di premio per i nuovi ingressi e per le uscite in corso d'anno verranno effettuate in un'unica soluzione a fine anno applicando il tasso in corso. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione di $1/360^{mo}$ del premio annuo.

A tale scopo, entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio 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. 5 Revisione del prezzo

Considerata la natura del contratto non è ammessa la revisione del prezzo ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti".

Art.6 – Recesso del contratto

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviare con almeno 180 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

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

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

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 benestare 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 di 25€ 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 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, nonché quanto eventualmente previsto all'art. 106 comma 2 lettera b) del D.lgs. 50/2016 , 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 l'Amministrazione Aggiudicatrice.

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 - 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, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

Art. 1 –Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e precisamente:

- a) Dipendenti di ruolo dell'Autorità**, il personale in servizio presso l'Autorità, il personale in posizione di distacco, comando, fuori ruolo o aspettativa. Dipendenti in aspettativa per malattia, infortunio o maternità; sia essa senza retribuzione o con retribuzione ridotta, nonché i dipendenti in aspettativa non retribuita che si recano presso altri Enti a svolgere incarichi simili, anche all'estero. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.
- b) Dipendenti non di ruolo in servizio in AGCM**, comprendendo in detta categoria sia il personale con contratto a tempo determinato che il personale in comando, distacco o fuori ruolo presso AGCM;
- c) Presidente e Componenti del Collegio dell'AGCM.**

Art.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Per il gruppo iniziale degli assicurati (tutti coloro che risultano iscritti in copertura alla data del 30.06.2021, sulla base della previgente polizza stipulata con Groupama S.p.A) la copertura assicurativa decorre dalla data di effetto della presente polizza ed è subordinata al versamento del corrispondente importo di premio, ai sensi del dell'art.3 che segue.

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 Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun pagamento una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'appendice-distinta, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi. Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'appendice-distinta s'intenderà verificata e ritenuta esatta. La quietanza sarà comprensiva degli eventuali diritti di polizza e delle imposte in vigore alla data dell'emissione.

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

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

Art.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 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 con riferimento alla data del 31.12. di ogni anno.

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 - Documentazione sanitaria (Opzione base – vale 0 punti)

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 neo-assunti o neo-nominati 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 dovrà presentare per il tramite del Contraente un apposito "Questionario Anamnestico" (denominato Allegato A)

Ricevuto il suddetto "Questionario Anamnestico" (Allegato A), la Società ha facoltà di:

1. dare efficacia alla copertura assicurativa accogliendo il rischio alle condizioni pattuite;
2. richiedere ulteriori accertamenti sanitari;
3. dare efficacia alla copertura assicurativa escludendo o limitando la garanzia ad eventuali patologie dichiarate dall'Assicurato nel "Questionario Anamnestico";
4. dichiarare il non accoglimento del rischio.

La Società si impegna ad effettuare le valutazioni della documentazione sanitaria ricevuta dai soggetti che hanno compilato l'allegato C) entro 20 giorni di calendario dalla data di ricezione della documentazione sanitaria anche integrativa ed a comunicarne l'esito.

Nel frattempo per questi soggetti, la copertura assicurativa risulta limitata agli eventi che siano conseguenza diretta dell'insorgere di malattie non preesistenti e non conosciute

Si precisa che tutta la documentazione richiesta ai fini della valutazione del rischio, dovrà essere trasmessa direttamente alla Compagnia.

Art.5 – Informazioni per attivazione della copertura - Documentazione sanitaria (Opzione migliorativa – vale 16 punti)

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 neo-assunti 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 (allegato A)

Art.6– Suicidio

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

Art.7 - Sinistro che colpisca più teste (opzione base: vale 0 punti)

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo massimo complessivo di 20/milioni di euro a seguito di uno stesso evento accidentale

Art. 7- Sinistro che colpisca più teste (opzione migliorativa: vale max 8 punti)

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, accidentale da valorizzare secondo le opzioni di seguito riportate:

opzione 1 : fino a 30 milioni vale 4 punti

opzione 2: fino a 40 milioni vale 8 punti

Art.8– 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;
- in caso di invalidità totale e permanente, l'Assicurato medesimo.

Inserimento garanzia – Opzione migliorativa Vale 8 punti Art.9 –Commorienza dell'assicurato e del coniuge

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 (articolo valido ove l'aggiudicatario abbia offerto la condizione in sede di offerta tecnica)

Inserimento garanzia – Opzione migliorativa Vale 8 punti Art. 10 Decesso assicurato con figlio disabile fiscalmente a carico

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 [articolo valido ove l'aggiudicatario abbia offerto la condizione in sede di offerta tecnica]

Art. 11 Esclusioni

I rischi di morte e di invalidità sono coperti a quale conseguenze di malattia. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Inoltre se durante il soggiorno dell'Assicurato all'estero si verifica uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi 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.12- Polizze integrative

La Società si impegna a stipulare una polizza in favore dei dipendenti in copertura che maturino diritto alla pensione (non di inabilità), limitatamente al caso di morte e fino al raggiungimento di una età non superiore a 75 anni e per una durata massima

di 15 anni. Tale polizza, con contraente l'Assicurato stesso, verrà prestata alle medesime condizioni normative previste dal presente contratto, salva l'applicazione del tasso di premio indicato nell'Allegato 1.1 (prima della stipula verrà richiesto all'aggiudicatario di produrre le relative tabelle, come previsto dal Disciplinare di gara).

La Società si impegna, altresì, a stipulare una polizza in favore dei Vertici dell'Autorità in copertura (Presidente, Componenti, Segretario generale e Capo di gabinetto), al termine del loro mandato, limitatamente al caso di morte e fino al raggiungimento di una età non superiore a 75 anni e per una durata massima di 15 anni. Tale polizza, con contraente l'Assicurato stesso, verrà prestata alle medesime condizioni normative previste dal presente contratto, salva l'applicazione del tasso di premio indicato nell'Allegato 1.2 (prima della stipula verrà richiesto all'aggiudicatario di produrre le relative tabelle, come previsto dal Disciplinare di gara), sui capitali da assicurare, che non potranno eccedere il massimale di euro 720.000,00.

La richiesta di prosecuzione, su base individuale e volontaria, deve essere presentata direttamente alla Società entro 45 giorni dalla cessazione dal servizio, ovvero, dalla fine del mandato. La copertura assicurativa decorrerà senza soluzione di continuità con la presente polizza purché la richiesta pervenga prima della cessazione dal servizio, ovvero, dalla fine del mandato. In ogni caso, gli interessati non saranno tenuti a presentare alcuna documentazione aggiuntiva né a sottoporsi a visita medica. Il pagamento dei relativi premi avverrà direttamente da parte degli interessati, con esclusione di qualsiasi obbligo da parte dell'Autorità.

Art.13 - 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 (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria: copia del verbale redatto dagli Organi di Polizia, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- atti e documenti necessari per individuare i beneficiari: indicazione degli eredi legittimi, copia del testamento, eventuale atto notorio dal quale risulti che l'Assicurato abbia o meno lasciato testamento.

La Società esegue il pagamento entro 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 4 – Norme che regolano la garanzia

Art. 1 – Caso Morte

La Società garantisce i rischi di morte degli assicurati a seguito di malattia .

Art. 2 COPERTURA LONG TERM CARE (LTC) Inserimento garanzia – Opzione migliorativa Vale 22 punti

La presente polizza prevede la copertura Long Term Care (LTC), in caso di riconoscimento in capo all'assicurato dello "stato di non autosufficienza". Nello specifico la Società si impegna a corrispondere una rendita vitalizia mensile posticipata, secondo il valore prescelto in sede di offerta tecnica e di seguito riportato, a far tempo dalla data della denuncia di sinistro, sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, sia in quelli in cui non sia previsto il ricovero. Per il riconoscimento dello "stato di non autosufficienza" si fa rimando All'allegato 2.

Opzione base:	non viene prestata la garanzia	vale 0 punti
Opzione migliorativa 1	rendita mensile di euro 1.000,00	vale 16 punti
Opzione migliorativa 2	rendita mensile di euro 1.500,00	vale 22 punti

Entro il sesto mese solare dalla data di ricezione della denuncia la Società è obbligata a fornire riscontro. Ove sussistano i presupposti, la Società, entro lo stesso termine, dovrà corrispondere la somma dovuta in relazione alle rendite mensili maturate.

In caso di pagamento oltre il suddetto termine, la Società corrisponderà – a titolo di risarcimento danni – una maggiorazione sulla somma dovuta in relazione alle rendite mensili maturate calcolata al tasso annuo del 7 per cento per il primo mese di ritardo. Per i mesi successivi di ritardo, il tasso annuo da applicare sulla somma dovuta sarà maggiorato dello 0,5 per cento per ogni mese di ritardo. Le medesime maggiorazioni saranno dovute all'assicurato in caso di mancato pagamento delle singole rendite mensili entro il termine sopra indicato.

In caso di ritardo nella liquidazione della rendita rispetto al termine stabilito, l'Autorità si riserva la facoltà di applicare una penale fino a 500,00 euro per ogni giorno di calendario di ritardo nella liquidazione, in favore dei beneficiari, delle rendite dovute.

L'assicurato è tenuto a comunicare alla Società l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza. La Società si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello "stato di non autosufficienza".

Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa, l'assicurato, al momento della decorrenza della copertura, non deve aver richiesto o percepire una pensione di invalidità o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 40 per cento.

Art. 3 - Invalidità totale e permanente

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

All'uopo si intende colpito da invalidità l'Assicurato che, per malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile risulti inidoneo alla prosecuzione del rapporto di lavoro in atto sino a quel momento con il Contraente.

- i) **INABILITÀ RICONOSCIUTE (opzione base vale 0 punti)**

Sono escluse dalla copertura assicurativa le inabilità derivanti da invalidità riconosciute dai competenti organi pubblici e già note all'Autorità all'atto dell'iscrizione nell'assicurazione [in sede di stipula verrà indicata l'opzione prescelta, secondo quanto indicato nell'offerta tecnica presentata]. Resta in ogni caso compreso nella copertura assicurativa il rischio di morte ancorché derivante dalle suddette invalidità.

ii) **INABILITÀ RICONOSCIUTE (opzione migliorativa vale 8 punti)**

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 [in sede di stipula verrà indicata l'opzione prescelta, secondo quanto indicato nell'offerta tecnica presentata]. Resta in ogni caso compreso nella copertura assicurativa il rischio di morte ancorché derivante dalle suddette invalidità

Art 4 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento

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

- il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società;
- 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 per quanto riguarda il rischio morte ancorché derivante dalle suddette invalidità, ovvero, integralmente qualora la Società in sede di offerta tecnica abbia offerto la miglioria. di cui all'art.34

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

Art. 5 - Pagamento dell'indennizzo

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

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

Art. 6 - Collegio arbitrale

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

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

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

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

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici 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.

Sezione 5 – Calcolo del premio

Art. 1 – Calcolo del premio

Il premio annuo è determinato applicando il tasso annuo offerto, al capitale assicurato per tutti gli assicurati in base ai dati riportati nella seguente tabella:

Si precisa che per “Età media degli Assicurati” si intende quella che gli Assicurati raggiungeranno alla data di effetto della copertura (30.06.2021), calcolata sulla popolazione esistente alla data di pubblicazione della gara. Il premio di polizza effettivamente dovuto sarà calcolato sulla base della consistenza numerica effettiva alla data del (30.06.2021) e dei capitali assicurati, fermo ed invariato il tasso di premio offerto.

Sesso	Età al 31/12/2020	Valori unità assicurate per età	CAPITALI ASSICURATI (1 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (2 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (3 ANNUALITA)
F	31	1	66.890,08	133.780,16	200.670,24
	36	4	334.505,89	669.011,78	1.003.517,67
	37	2	126.700,48	253.400,96	380.101,44
	38	3	205.662,33	411.324,66	616.986,99
	39	4	254.141,18	508.282,36	762.423,54
	40	3	214.958,03	429.916,06	644.874,09
	41	4	326.297,46	652.594,92	978.892,38
	42	5	364.155,58	728.311,16	1.092.466,74
	43	3	252.454,00	504.908,00	757.362,00
	44	2	132.177,90	264.355,80	396.533,70
	45	8	766.820,39	1.533.640,78	2.300.461,17
	46	1	129.546,81	259.093,62	388.640,43
	47	5	504.767,30	1.009.534,60	1.514.301,90
	48	5	595.320,41	1.190.640,82	1.785.961,23
	49	7	838.915,83	1.677.831,66	2.516.747,49
	50	9	1.027.006,46	2.054.012,92	3.081.019,38
	51	10	1.089.324,59	2.178.649,18	3.267.973,77
	52	9	999.550,82	1.999.101,64	2.998.652,46
	53	10	1.036.367,86	2.072.735,72	3.109.103,58
	54	6	701.097,74	1.402.195,48	2.103.293,22
55	6	628.144,30	1.256.288,60	1.884.432,90	
56	9	847.760,54	1.695.521,08	2.543.281,62	
57	5	707.267,00	1.414.534,00	2.121.801,00	
58	5	738.139,94	1.476.279,88	2.214.419,82	
59	9	1.055.738,20	2.111.476,40	3.167.214,60	
60	3	374.196,81	748.393,62	1.122.590,43	

Sesso	Età al 31/12/2020	Valori unità assicurate per età	CAPITALI ASSICURATI (1 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (2 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (3 ANNUALITA)
	61	4	690.979,93	1.381.959,86	2.072.939,79
	62	5	742.583,86	1.485.167,72	2.227.751,58
	63	4	574.028,26	1.148.056,52	1.722.084,78
	64	2	146.165,14	292.330,28	438.495,42
	65	1	147.311,37	294.622,74	441.934,11
F Totale		154	16.618.976,49	33.237.952,98	49.856.929,47
M	30	1	41.728,05	83.456,10	125.184,15
	33	1	41.728,05	83.456,10	125.184,15
	35	1	80.364,72	160.729,44	241.094,16
	36	3	224.190,02	448.380,04	672.570,06
	37	4	316.314,60	632.629,20	948.943,80
	38	2	150.440,99	300.881,98	451.322,97
	39	1	67.773,43	135.546,86	203.320,29
	40	1	82.079,45	164.158,90	246.238,35
	41	4	306.375,67	612.751,34	919.127,01
	42	3	263.385,77	526.771,54	790.157,31
	43	4	354.298,85	708.597,70	1.062.896,55
	44	5	371.681,67	743.363,34	1.115.045,01
	45	6	438.711,90	877.423,80	1.316.135,70
	46	7	697.211,65	1.394.423,30	2.091.634,95
	47	5	417.110,54	834.221,08	1.251.331,62
	48	1	71.791,02	143.582,04	215.373,06
	49	3	343.831,46	687.662,92	1.031.494,38
	51	5	454.565,01	909.130,02	1.363.695,03
	52	2	151.155,80	302.311,60	453.467,40
	53	5	475.328,79	950.657,58	1.425.986,37
	54	3	329.424,41	658.848,82	988.273,23
	55	5	651.956,83	1.303.913,66	1.955.870,49
	56	7	905.016,06	1.810.032,12	2.715.048,18
	57	6	767.261,95	1.534.523,90	2.301.785,85
	58	9	1.182.451,57	2.364.903,14	3.547.354,71
	59	3	396.191,37	792.382,74	1.188.574,11
	60	3	472.739,64	945.479,28	1.418.218,92
	62	3	341.747,89	683.495,78	1.025.243,67
	63	6	1.039.688,47	2.079.376,94	3.119.065,41
	64	1	0,00	0,00	0,00

Sesso	Età al 31/12/2020	Valori unità assicurate per età	CAPITALI ASSICURATI (1 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (2 ANNUALITA)	CAPITALI ASSICURATI (3 ANNUALITA)
	65	2	295.647,15	591.294,30	886.941,45
	66	2	268.967,94	537.935,88	806.903,82
M Totale		114	12.001.160,72	24.002.321,44	36.003.482,16
Totale complessivo		268	28.620.137,21	57.240.274,42	85.860.411,63

La Società

Il Contraente

ALLEGATO 1.1

**OFFERTA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA DEI RISCHI DI MORTE
RISERVATA AI DIPENDENTI DELLA AUTORITA' CHE CESSANO DAL SERVIZIO CON DIRITTO ALLA PENSIONE**

Assicurazione temporanea per il caso di morte
a premio annuo e a capitale costante
Criteri di applicabilità della tariffa

Tassi di premio per 1.000 unità di conto di capitale assicurato:

La presente tariffa assicurativa viene utilizzata per l'assicurazione degli iscritti che cessano dal servizio, per cause diverse dall'inabilità, con diritto alla pensione.

Il capitale assicurato per il solo caso di morte non può essere superiore a quello che risulta dall'ultima emissione sull'assicurazione temporanea di gruppo.

L'età a scadenza e la durata dell'assicurazione non possono superare rispettivamente il 75° anno di età e i 15 anni di durata.

Modalità per il calcolo del premio annuo di tariffa

L'importo del premio annuo di tariffa si ottiene in funzione dell'età e della durata, moltiplicando il tasso di tariffa (vedi Tabella A) per il capitale assicurato.

ALLEGATO 1.2

**OFFERTA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA DEI RISCHI DI MORTE
RISERVATA AI COMPONENTI DEL COLLEGIO CHE TERMINANO IL PROPRIO MANDATO**

Assicurazione temporanea per il caso di morte
a premio annuo e a capitale costante
Criteri di applicabilità della tariffa

Tassi di premio per 1.000 unità di conto di capitale assicurato:

La presente tariffa assicurativa viene utilizzata per l'assicurazione degli iscritti che cessano dal servizio, per cause diverse dall'inabilità, con diritto alla pensione.

Il capitale assicurato per il solo caso di morte non può essere superiore a quello che risulta dall'ultima emissione sull'assicurazione temporanea di gruppo.

L'età a scadenza e la durata dell'assicurazione non possono superare rispettivamente il 75° anno di età e i 15 anni di durata.

Modalità per il calcolo del premio annuo di tariffa

L'importo del premio annuo di tariffa si ottiene in funzione dell'età e della durata, moltiplicando il tasso di tariffa (vedi Tabella A) per il capitale assicurato.

ALLEGATO 2

COPERTURA LONG TERM CARE (LTC)

[il presente allegato diverrà parte integrante del contratto nel caso in cui la Società aggiudicataria abbia offerto in gara la copertura Long Term Care].

1. Viene riconosciuto in “stato di non autosufficienza” l’assicurato che, in conseguenza di un peggioramento della funzionalità dell’organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell’assistenza da parte di un’altra persona nello svolgimento di almeno 4 delle 6 “attività ordinarie della vita quotidiana”.

2. Per gli assicurati che, al momento dell’inizio della copertura assicurativa, hanno bisogno dell’aiuto di un terzo per una delle “attività ordinarie della vita quotidiana”, lo stato di non autosufficienza verrà riconosciuto qualora l’assicurato si trovi in uno stato tale da aver bisogno dell’assistenza da parte di un’altra persona per lo svolgimento di almeno 5 “attività ordinarie della vita quotidiana”.

3. Per gli assicurati che dovessero avere bisogno dell’aiuto di un terzo, al momento dell’inizio della copertura assicurativa, per due delle “attività ordinarie della vita quotidiana”, non sarà operante la garanzia.

4. Per attività ordinarie della vita quotidiana “si intendono:

- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia ovvero la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (es. radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);

- vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell’assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;

- nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;

- andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l’impiego di ausili e di indumenti specifici;

- muoversi: la capacità di muoversi in casa da una stanza all’altra sullo stesso piano anche con l’ausilio di attrezzature tecniche;

- spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l’aiuto di ausili specifici.

5. Viene altresì riconosciuto in “stato di non autosufficienza”, indipendentemente dal fatto che vi sia l’incapacità a svolgere almeno 4 su 6 delle “attività ordinarie della vita quotidiana”, l’assicurato che successivamente all’inizio della copertura assicurativa sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la “perdita delle capacità cognitive” (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

6. La “perdita delle capacità cognitive” viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

Allegato A

QUESTIONARIO PER L'INGRESSO IN ASSICURAZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: _____ Sesso: M F

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Con la qualifica di _____ dell' (Ente di appartenenza)

Dati Assicurativi

Capitale assicurato: Euro _____

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato (da indicare in caso di designazione diversa da quella stabilita nel contratto):

E' nell'interesse dell'Assicurato non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse malattie, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civi-le).

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Soffre o ha sofferto di malattie, menomazioni fisiche tali da alterare il normale buono stato di salute? Se si indicarne epoca e durata	SI NO
2. Si sono verificati nella Sua famiglia: tumori maligni, gotta, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, suicidio, epilessia o altre malattie nervose e mentali? Se Si, indicare grado di parentela, epoca, durata e conseguenze	SI NO
3. Si è mai sottoposto ad esami clinici od accertamenti diagnostici (elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine, test HIV, ricerca antigene AU) che abbiano rilevato situazioni anomale? Se Si indicare quali	SI NO
4. E' stato mai ricoverato in ambiente ospedaliero per infortuni o malattia (ad esclusione degli interventi di appendicectomia, Tonsillectomia,	SI

safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, deviazione del setto nasale, colecistectomia da oltre tre me-si e la gastrostomia per ulcera da oltre un anno)? Ha subito interventi chirurgici? Se Sì, indicare quali		NO
5. Indicare peso e altezza	Peso Kg.	Altezza cm.
6. Chi è il suo medico curante o abituale (precisare nominativo ed indirizzo)		
7. E' o è stato titolare di pensione di invalidità o ha in corso pratiche per il riconoscimento presso l'Ente di previdenza obbligatoria appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi? Se Sì, indicare il grado, l'Ente e la data di riconoscimento o della richiesta	SI	NO
(In caso di risposta affermativa ad almeno una della prime 4 domande):Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni? Se Sì indicare quali (nominativo e indirizzo), quando e per quali motivi	SI	NO

Ulteriori dichiarazioni dell'Assicurato

Il sottoscritto assicurato,

dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, che la presente scheda assuntiva deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza collettiva stipulata, per i propri dipendenti, tra e.....;

avendo il sottoscritto acquisito le informazioni di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003, in merito al trattamento dei propri dati personali, dichiara, in particolare, di aver avuto conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei c.d. "dati sensibili" e pertanto acconsente, nei limiti di quanto espresso nell'informativa, che lapossa fornire informazioni sul proprio conto ad altri Enti a soli fini assicurativi.

Data, _____

Firma dell'Assicurato
