

**LOTTO N. 4**

**CAPITOLATO DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE  
TEMPORANEA CASO MORTE ED INVALIDITA' PERMANENTE**

**CIG. 8615387A41**

**Tra:** Centro Agroalimentare Roma S.c.p.A.  
**C.F. / Partita IVA** 03853631004  
**con sede in:** Via Tenuta del Cavaliere, 1  
00012 Guidonia Montecelio (RM)  
**e la Spett. le Società Assicuratrici:** \_\_\_\_\_

**SI STIPULA LA PRESENTE**

**POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE ED INVALIDITA' PERMANENTE N. \_\_\_\_\_**

**Contraente:** Centro Agroalimentare Roma S.c.p.A.  
**Assicurato:** Come da condizioni di polizza  
**Sede Legale:** Via Tenuta del Cavaliere, 1  
00012 Guidonia Montecelio (RM)  
**C.F. / P.IVA:** 03853631004  
**Broker:** Willis Italia S.p.A.  
**Decorrenza della copertura:** ore 24:00 del 30/04/2021  
**Scadenza della copertura:** ore 24:00 del 30/04/2024  
**Scadenze annuali:** ore 24:00 del 30/04  
**Frazionamento:** Annuale  
**Tacito rinnovo:** NO  
**Premio annuo lordo:** € \_\_\_\_\_

## INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>SEZIONE 1 - DEFINIZIONI</b> .....	<b>3</b>
<b>SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>5</b>
Art. 1 – Durata del contratto - Facoltà di recesso .....	5
Art. 2 – Gestione del contratto .....	5
Art. 3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede.....	5
Art. 4 – Diminuzione del rischio.....	6
Art. 5 – Pagamento del premio - Termini di rispetto.....	6
Art. 6 – Forma delle comunicazioni .....	6
Art. 7 – Riferimento alle norme di legge - Foro competente .....	6
Art. 8 – Interpretazione del contratto.....	7
Art. 9 – Assicurati – limite di età .....	7
Art. 10 – Validità territoriale .....	7
Art. 11 – Obblighi del Contraente .....	7
Art. 12 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	7
Art. 13 – Facoltà di recesso in caso di sinistro.....	7
Art. 14 – Obbligo di fornire i dati dell’andamento del rischio .....	8
Art. 15 – Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni.....	8
Art. 16 – Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese o coassicurazione.....	8
Art. 17 – Trattamento dei dati.....	9
Art. 18 – Tracciabilità dei flussi finanziari .....	9
Art. 19 – Oneri fiscali .....	9
<b>SEZIONE 3 – NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE</b> .....	<b>10</b>
Premessa.....	10
Art. 20 – Oggetto dell’assicurazione.....	10
Art. 21 – Capitali assicurati e documentazione sanitaria .....	10
Art. 22 – Ingresso e permanenza in assicurazione.....	11
Art. 23 – Suicidio.....	11
Art. 24 – Documenti contrattuali .....	11
Art. 25 – Sinistro che colpisca più teste.....	11
Art. 26 – Beneficiario .....	11
Art. 27 – Esclusioni.....	11
Art. 28 – Pagamenti della Società .....	12
Art. 29 – Accertamento e riconoscimento dell’invalidità totale e permanente .....	13
Art. 30 – Collegio Arbitrale .....	13
<b>SEZIONE 4 – CALCOLO DEL PREMIO</b> .....	<b>15</b>
<b>CLAUSOLE VESSATORIE</b> .....	<b>16</b>

## PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dal Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

## SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

<b>Annualità assicurativa o periodo assicurativo:</b>	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
<b>Assicurato:</b>	i dirigenti attuali e futuri del Contraente, sulla cui vita è stipulata l'assicurazione.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione.
<b>Attività del Contraente:</b>	l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.  Le attività di cui sopra possono essere svolte in regime di "lavoro agile" e/o "telelavoro", in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.
<b>Beneficiario:</b>	persona fisica o giuridica designata nel contratto e che riceve la prestazione prevista dal contratto.
<b>Broker:</b>	il broker Willis Italia S.p.A.
<b>Contraente:</b>	il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione.
<b>Età assicurativa:</b>	la modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
<b>Polizza Elenco:</b>	- il documento che prova l'assicurazione e l'elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prestata, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.
<b>Premio:</b>	l'importo dovuto dal Contraente alla Società.
<b>Questionario anamnestico:</b>	dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato in relazione al proprio stato di salute fornito dalla Società.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
<b>Società:</b>	L'impresa assicuratrice (o le imprese assicuratrici in caso di partecipazione alla gara in forma associata – R.T.I. / Consorzio / Coassicurazione) aggiudicataria della presente gara.
<b>Sovrappremio:</b>	la maggiorazione di premio eventualmente richiesto dalla Società nel caso

---

in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali e sportive particolarmente rischiose (sovrappremio sportivo).

---

**La Società**

---

**Il Contraente**

---

## **SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 1 – Durata del contratto - Facoltà di recesso**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 30.04.2021, e scadenza alle ore 24:00 del 30.04.2024, con scadenze annuali intermedie al 30 aprile di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Il Contraente si riserva la facoltà, e la Società è tenuta a concedere, di rinnovare il contratto, agli stessi prezzi, patti e condizioni, per un periodo di 12 mesi (mesi).

Il Contraente esercita tale facoltà comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto originario.

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere prorogata, agli stessi prezzi, patti e condizioni, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni al fine di consentire l'individuazione della nuova Società Assicuratrice ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D. Lgs 50/2016 e s.m.i.

Il Contraente esercita tale facoltà comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto originario o di quello oggetto di rinnovo.

Per il rinnovo e la proroga di cui sopra, alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle Parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo PEC inviata dall'una all'altra parte almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, salvo offerta migliorativa; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

### **Art. 2 – Gestione del contratto**

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente.

### **Art. 3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede**

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

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

L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, del premio dovuto.

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

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'art. 1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso.

#### **Art. 4 – Diminuzione del rischio**

---

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

#### **Art. 5 – Pagamento del premio - Termini di rispetto**

---

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio alla stessa spettanti entro i 30 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe, salvo offerta migliorativa.

Nel caso di variazioni contrattuali, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione da parte del Contraente.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

#### **Art. 6 – Forma delle comunicazioni**

---

Tutte le comunicazioni relative alla gestione o ad eventuali modifiche del presente Contratto, che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica e/o PEC. avverranno per il tramite del Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Tutte le comunicazioni in ordine alla validità e/o interpretazione del presente Contratto o relative a contestazioni, diffide, recesso e risoluzione del Contratto stesso dovranno essere effettuata direttamente tra le Parti a mezzo PEC.

#### **Art. 7 – Riferimento alle norme di legge - Foro competente**

---

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente l'organismo di conciliazione individuato secondo quanto previsto dal decreto legislativo 4 marzo

2010, n. 28. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

#### **Art. 8 – Interpretazione del contratto**

---

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

#### **Art. 9 – Assicurati – limite di età**

---

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

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

#### **Art. 10 – Validità territoriale**

---

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 11 – Obblighi del Contraente**

---

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

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

A tal fine la Società si impegna a fornire al Contraente il materiale contrattuale in vigore.

#### **Art. 12 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

---

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

#### **Art. 13 – Facoltà di recesso in caso di sinistro**

---

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. o PEC. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 180 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

In caso di recesso da parte della Società, la comunicazione deve contenere specifica indicazione del sinistro con relativa motivazione in base al quale la Società ha scelto di avvalersi della presente facoltà.

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 i dati dell'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.

#### **Art. 14 – Obbligo di fornire i dati dell’andamento del rischio**

La Società fornirà semestralmente, entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento, al Contraente per il tramite del Broker, un elenco riepilogativo, digitale editabile (Excel® o equipollente), dei sinistri denunciati dall’inizio del Contratto di assicurazione, riportante:

- n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- data di accadimento;
- indicazione della garanzia interessata dal sinistro;
- nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- stato del sinistro (ovvero l’indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- importo stimato per la sua definizione, o
- importo liquidato;
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione;

La Società dovrà fornire lo stesso riepilogo nel caso di ogni altra richiesta da parte del Contraente ed entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta medesima.

Rimane fermo l’obbligo della Società di fornire tali dati, nei termini di cui sopra, anche dopo la scadenza del presente Contratto e fino al termine della chiusura dei sinistri denunciati.

#### **Art. 15 – Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni**

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

#### **Art. 16 – Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese o coassicurazione**

##### **(operante se del caso)**

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Società assicuratrici componenti l’Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Società mandataria \_\_\_\_\_ Quota xx%
- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Società mandante \_\_\_\_\_ Quota xx%
- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Società mandante \_\_\_\_\_ Quota xx%

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

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

Le Società convengono che l’incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all’Associazione Temporanea di Imprese.

- ⇒Società: ..... Quota xx%
- ⇒Società: ..... Quota xx%
- ⇒ Società: ..... Quota xx%

##### **In caso di coassicurazione**

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

- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Delegataria
- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Coassicuratrice
- ⇒Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Coassicuratrice

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

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

#### **Art. 17 – Trattamento dei dati**

---

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

#### **Art. 18 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

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

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

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

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

#### **Art. 19 – Oneri fiscali**

---

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

**La Società**

---

**Il Contraente**

---

## **SEZIONE 3 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**

### **Premessa**

Il presente contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente e la Società al fine di garantire la copertura di un capitale in caso di morte ed invalidità permanente al personale Dirigente espressamente indicato in polizza.

### **Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione**

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

### **Art. 21 – Capitali assicurati e documentazione sanitaria**

Per i rischi provenienti da altre Compagnie, l'assicurazione prevede l'assunzione diretta dei Dirigenti già assicurati, per i rispettivi capitali, senza richiesta di ulteriore documentazione sanitaria, e/o dichiarazioni del Contraente/Assicurato, mantenendo le tarature dei rischi già applicate.

Il Contraente si impegna a consegnare copia della polizza sottoscritta con la precedente Compagnia dietro richiesta della Società aggiudicatrice.

Per l'inclusione in garanzia di nuovi assicurati deve essere presentata la seguente documentazione, salvo offerta migliorativa:

- per capitali fino a € 300.000,00 nessun accertamento sanitario o dichiarazione del Contraente/Assicurato (fatto salvo il consenso di cui all'art. 1919 CC e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili – c.d. privacy);
- per capitali superiori a € 300.000,00 e sino a € 400.000,00: mediante sottoscrizione del dirigente di apposito questionario anamnestico fornito dalla Società. In base alle risposte fornite, la Società si riserva la facoltà di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a € 400.000,00 e sino a € 500.000,00: mediante effettuazione di visita medica resa da un medico specialista in cardiologia o medicina interna;
- per capitali superiori a € 500.000,00: in aggiunta alla visita medica di cui sopra, la Società comunicherà gli specifici accertamenti sanitari che dovranno essere effettuati.

Il limite massimo assicurabile pro-capite è pari a € 1.000.000,00.

In caso di aumento del capitale assicurato per coperture già in vigore, valgono le modalità assuntive sopra riportate.

Qualora l'accertamento sanitario richiedi evidenzi dei motivi di aggravamento del rischio tali da rendere necessaria l'applicazione di sovrappremi o l'effettuazione di ulteriori accertamenti sanitari, la Società darà comunicazione al Contraente, entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione, della misura del sovrappremio da applicare o quali accertamenti sanitari siano da effettuare e, in attesa della definizione, il capitale assicurato sarà pari a € 300.000,00 per i nuovi ingressi o al capitale già in vigore in caso di richieste di aumento.

In caso di mancata acquisizione da parte della Società della documentazione di cui sopra la richiesta del Contraente di adeguamento del capitale assicurato sarà considerata decaduta e priva di efficacia.

La Società si obbliga ad assicurare con il presente contratto tutti i dirigenti per il capitale di € 300.000,00 indipendentemente dagli esiti della documentazione sanitaria che fosse stata presentata per assicurare un capitale superiore.

Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico dell'Assicurato.

### **Art. 22 – Ingresso e permanenza in assicurazione**

---

Per il gruppo iniziale degli Assicurati la copertura assicurativa decorre dalla data di effetto della presente polizza ed è subordinata al versamento del corrispondente importo di premio come previsto al successivo art. 5 – Pagamento del premio - Termini di rispetto.

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

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

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

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

### **Art. 23 – Suicidio**

---

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

### **Art. 24 – Documenti contrattuali**

---

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

Inoltre, verranno emesse appendici in corso di anno per le inclusioni/esclusioni come disciplinato nel precedente art. 22 – Ingresso e permanenza in assicurazione.

### **Art. 25 – Sinistro che colpisca più teste**

---

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

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionalmente al numero degli assicurati colpiti da sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

### **Art. 26 – Beneficiario**

---

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono gli eredi testamentari in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.

#### **Diritto proprio del beneficiario**

Il Beneficiario acquisisce un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione.

Quanto gli viene pagato a seguito del decesso dell'assicurato non rientra nell'asse ereditario.

### **Art. 27 – Esclusioni**

---

I rischi di morte e di invalidità totale e permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. 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;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico;

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

### **Art. 28 – Pagamenti della Società**

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

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione medica sulla causa del decesso, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta dalla Società (cartelle cliniche, esami medici, ecc.);
- copia della cartella clinica dell'ospedale in caso di ricovero precedente il decesso o di decesso avvenuto in ospedale pubblico o privato;
- copia dell'eventuale verbale rilasciato dall'Autorità competente se intervenuta;
- eventuale atto notorio dal quale risulti se l'assicurato ha lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi
- eventuale copia del testamento pubblicato
- copia del documento d'identità, codice fiscale, IBAN di ciascun beneficiario;
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. normativa DAC2 e CRS)
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio
- decreto del Giudice Tutelare in caso di beneficiari minori o incapaci.

In caso di **invalidità totale e permanente** dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- copia delle cartelle cliniche nonché altra documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta dalla Società (esami medici, visite, ecc.) utile ad attestare lo stato di invalidità;
- certificato del medico curante attestante lo stabilizzarsi della malattia o infortunio che ha comportato l'invalidità;

nonché, qualora presentata domanda di accertamento dell'invalidità all'Ente previdenziale obbligatorio di appartenenza:

- copia della domanda stessa
- copia del certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato attestante il diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità o eventuale notifica di respingimento della domanda.

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

La Società eseguirà i pagamenti:

- per decesso, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, salvo offerta migliorativa;
- per invalidità totale e permanente, entro 30 giorni dal riconoscimento dell'invalidità da parte della Società, salvo offerta migliorativa.

Decorsi tali termini sono dovuti gli interessi legali.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato per invalidità permanente la copertura assicurativa si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

### **Art. 29 – Accertamento e riconoscimento dell'invalidità totale e permanente**

S'intende colpito da invalidità totale e permanente l'assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale.

Si precisa che l'abbandono del posto di lavoro non è necessario ai fini dell'accertamento dell'invalidità.

Sono esclusi dall'assicurazione i casi di invalidità che si verificano dopo il 70esimo anno di età anagrafica dell'Assicurato.

Accertata l'invalidità, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione della Società i documenti indicati al precedente Art. 28 – Pagamenti della Società.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità totale permanente in via diretta entro 60 giorni dalla consegna della documentazione completa, salvo offerta migliorativa.

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

Fino all'accertamento dello Stato di invalidità da parte della Società tutti i premi della presente garanzia devono essere regolarmente corrisposti. L'accertamento di invalidità avviene con effetto dal momento di ricezione della denuncia alla Direzione della Società che pertanto rimborsa i premi in scadenza nel periodo intercorrente tra la denuncia e l'accertamento dell'invalidità che siano stati nel frattempo corrisposti.

A richiesta della Società, il Contraente /Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati a fornire tutte le prove documentali certificati medici lettere di dimissioni necessari a stabilire le cause e gli effetti della malattia della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La società si riserva inoltre il pieno incondizionato diritto di accertare l'invalidità con i medici di sua fiducia.

### **VARIANTE (IN AGGIUNTA) – ESTENSIONE INCLUSA SOLO SE ESPRESSAMENTE INDICATA NELLA SCHEDA DI OFFERTA TECNICA**

La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità dell'Assicurato così formulato:

- all'atto del riconoscimento da parte dell'Inps, in ambito previdenziale, della pensione di inabilità o assegno di invalidità
- all'atto del riconoscimento da parte dell'INAIL, di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore ai due terzi la capacità lavorativa specifica e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.

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

### **Art. 30 – Collegio Arbitrale**

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

In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano il Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un

Collegio Arbitrale composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, il secondo 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 giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio Il Collegio arbitrale risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro o di residenza.

Il Collegio arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, con dispensa da ogni formalità di legge, vincolando le Parti al giudizio maturato, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il verbale, con possibilità di richiedere accertamenti sanitari di approfondimento diagnostico.

La Società e l'Assicurato sostengono l'onorario del proprio arbitro e la metà di quelle del terzo arbitro.

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

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

**La Società**

---

**Il Contraente**

---

#### **SEZIONE 4 – CALCOLO DEL PREMIO**

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

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

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

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

**La Società**

---

**Il Contraente**

---

## **CLAUSOLE VESSATORIE**

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

**La Società**

---

**Il Contraente**

---

