

# **POLIZZA DI ASSICURAZIONE VITA DIRIGENTI**

stipulata tra

**GEAT SRL**  
**VIA LOMBARDIA 17- RICCIONE**  
**C.F./P.IVA: 02418910408**

---

## **DURATA DELLA POLIZZA**

dalle ore 24.00 del 01.01.2023  
alle ore 24.00 del 01.01.2026

**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.

<b>Annualità assicurativa</b>	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.
<b>Assicurato</b>	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dirigente sulla cui vita è stipulata l'assicurazione. Per Assicurato si intendono tutti i Dirigenti del Contraente, attuali e futuri, aventi un'età compresa: per il caso di morte fra i 18 ed i 70 anni, per il caso di invalidità permanente fra i 18 e i 70 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano il compimento, rispettivamente, del settantaseiesimo o del settantunesimo anno di età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.
<b>Assicurazione</b>	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 o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.
<b>Beneficiario</b>	La Contraente stessa in esecuzione degli specifici obblighi derivanti dal CCNL
<b>Broker</b>	UNION BROKERS SRL
<b>Comunicazioni</b>	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
<b>Contraente</b>	L'Azienda che stipula il contratto
<b>Età</b>	Età dell'Assicurato alla data di effetto della Polizza
<b>Garanzie</b>	Le prestazioni oggetto dell'Assicurazione dovute dalla Società.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Elenco</b>	Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Società</b>	L'Impresa Assicuratrice

**Art. 2 Attività assicurata e descrizione del rischio**

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 totale e Permanente dei dirigenti in servizio presso il Contraente in forza di quanto previsto dal C.C.N.L. di riferimento e da accordi o regolamenti aziendali. La polizza assicura, comunque una sola volta, in caso di morte o in caso di invalidità permanente per cause diverse da quella dell'infortunio comunque determinato e da malattia professionale.

## SEZIONE 2 - Condizioni Generali di Assicurazione

### **Art. 1 Durata e cessazione del contratto e recesso annuale.**

L'assicurazione ha validità dalle **ore 24:00 del 01.01.2023 alle ore 24:00 del 01.01.2026**a prescindere dal pagamento della prima rata di premio, che dovrà avvenire entro **90 (Novanta) giorni** dal perfezionamento della polizza.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che 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 del D.lgs. 30 gennaio 2015 e s.m.i. (DURC) ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto 40 del 18/01/2008 D.M.E.F. Il pagamento successivo alla prima rata è elevato a **60 (Sessanta) giorni**, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A richiesta del Contraente, ai sensi del D.Lgs 50/2016 e s.m.i., la Società si impegna a prorogare ulteriormente l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 6 (sei) mesi. Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta.

Le Parti si riservano la facoltà di recedere il contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto, spedito almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte della Contraente/Assicurato e 120 (centoventi) giorni prima da parte della Società Assicuratrice. Qualora in prossimità della data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni. Il contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

### **Art. 2 Pagamento del Premio**

Il premio annuo dovuto è determinato applicando al capitale assicurato il tasso di premio netto corrispondente al valore dell'età dell'Assicurato stesso, calcolata in anni interi compiuti, alla data di inizio dell'Assicurazione, come da tabella di cui alla Sezione 5.

Alle annualità successive, il premio da corrispondere verrà ricalcolato sulla base dei tassi netti corrispondenti all'età maturata da ciascun Assicurato, calcolata in anni interi compiuti, alla data di inizio di ciascun periodo dell'Assicurazione.

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto entro **90 (Novanta) giorni** dal perfezionamento della polizza.

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 1901 c.c., il Contraente pagherà il premio delle rate successive alla prima entro i 60 giorni successivi alla data della rata di polizza. Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 60 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui è pervenuta la comunicazione scritta da parte della Società e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive qualora il Contraente si avvalga della facoltà di proroga.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente, a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto alla Compagnia a mezzo raccomandata, telefax o email e che l'ammontare del premio venga accreditato entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data dell'atto.

### **Art. 3 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010**

La Società 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.

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla società 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. 4 Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contrattuali.

#### **Art. 5 Variazione del rischio**

1. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica alle attività istituzionali che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza dell'ufficio competente del contraente, per iscritto all'Assicuratore.

3. IL contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

#### **Art. 6 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali**

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'Assicuratore può segnalare al contraente il verificarsi delle variazioni del rischio previste all'Art. 5 (**Variazione del rischio**) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'Art.106 del d.lgs. 50/2016 , la revisione dei premi fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie e agli scoperti.

2. Il contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria è tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

#### **Art. 7 Clausola di recesso**

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'Art. 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

3. Qualora in prossimità della data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni. Il contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 16 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

### **Art. 8 Buona fede e dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Nell'ipotesi di cui all'Art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 7 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

L'omissione delle dichiarazioni da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete o inesatte dichiarazioni all'atto dell'emissione della presente polizza e successive variazioni, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre ch  tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che l'Assicurato avr  l'obbligo di corrispondere alla Societ  il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si sia verificata.

Del pari non sar  considerata circostanza aggravante l'esistenza, al momento del sinistro, di lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione e/o ristrutturazione interna dei locali, nonch  di lavori di costruzione ed allestimento.

### **Art. 9 Altre assicurazioni**

Si d  atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Societ  risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Societ  risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Societ  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. 10 Oneri fiscali e Imposte**

Gli oneri fiscali e le imposte relative all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

### **Art. 11 Foro competente**

Foro e sede arbitrale competente   esclusivamente quello del luogo in cui ha sede il Contraente.

### **Art. 12 Rinvio alle norme di legge**

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   qui diversamente regolato.

### **Art. 13 Riservatezza dei dati personali (titolarit  da guardare la normativa sulla polizza)**

La Societ  diviene titolare autonomo del trattamento dei dati dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra il l'Ente e la Societ . Ai sensi del D.lgs. 196/03 e s.m.i., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalit  strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali

### **Art. 14 Interpretazione della polizza**

Si conviene fra le parti che verr  data interpretazione pi  estensiva e pi  favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza anche qualora fossero discordanti tra loro; pertanto le condizioni dattiloscritte avranno prevalenza sulle condizioni generali e particolari di assicurazione, prestampate.

### **Art. 15 Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarit  dei diritti nascenti dal contratto**

La presente polizza   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. 16 Produzione di informazioni sinistri**

Ogni annualità assicurativa ed entro 15 (quindici) giorni lavorativi dalla relativa richiesta del contraente anche tramite il Broker, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in un formato di standard digitale aperto (es. RTF e PDF) tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento,
- la tipologia di rischio assicurato (ad esempio, ramo assicurativo);
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);

l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

- a) sinistro agli atti, senza seguito;
- b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;
- c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € \_\_\_\_\_.]:

l'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

#### **Art. 17 Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione ed esecuzione della presente polizza alla Società UNION BROKERS S.R.L. attuale Broker incaricato ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento ISVAP n.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'Art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. La remunerazione del broker avverrà mediante trattenuta all'atto del

pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società. Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un corrispondente o Coverholder del Lloyd's di Londra, si prende e si da atto che: Ogni comunicazione effettuata al corrispondente si considererà come effettuata agli Assicuratori; Ogni comunicazione effettuata dal corrispondente si considererà come effettuata dagli Assicuratori. Ogni comunicazione effettuata al Broker mandatario dal corrispondente s'intenderà come fatta all'assicurato; Ogni comunicazione effettuata dal Broker al corrispondente si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La Società autorizza all'incasso dei premi e/o delle somme dovute agli assicuratori il corrispondente e riconosce che i pagamenti effettuati dal Contraente/Broker al corrispondente hanno effetto liberatorio nei confronti della contraenza e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

#### **Art. 18 Coassicurazione e delega**

Il premio dell'assicurazione è ripartito per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

La Spettabile....., all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile....., la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

A deroga al disposto dell'Art.1911 del codice civile, tutte le imprese sottoscrittrici sono responsabili in solido nei confronti del contraente.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

#### **Art. 19 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 idoneo (telefax, e-mail, ecc) indirizzata alla Società e/o all'eventuale Loss Adjuster.

#### **Art. 20 Regolazione del premio**

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nell'articolo **Art. 2 - Pagamento del Premio e calcolo** ed è regolato alla fine di ogni annualità o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio anticipato.

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 netto 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 alla durata della copertura.

A tale scopo, entro 120 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.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

### **Art. 22 Trasformazione e/o cambiamento di denominazione o ragione sociale**

Nei casi di trasformazione, variazione e/o cambiamento della denominazione o della ragione sociale, la presente polizza continua ad avere effetto con la nuova contraente o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nel caso di scioglimento o di messa in liquidazione della Contraente, la polizza continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra riportate devono essere comunicate dalla Contraente entro 30 (trenta) giorni dal loro verificarsi alla Compagnia.

### **Art. 23 Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.



## SEZIONE 3 – Condizioni di Assicurazione

### **Art.1 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 precedente art. 4.

Per i nuovi assunti o nominati la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dal Libro Unico del Lavoro del Contraente.

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.2 Capitali assicurati**

Il capitale assicurato per ogni testa corrisponde a:

- € 150.000,00 qualora il dirigente non abbia figli a carico né coniuge
- € 220.000,00 qualora il nucleo familiare del dirigente risulti composto da uno ovvero da più figli a carico e/o dal coniuge.

### **Art.3 Documentazione sanitaria**

Il presente contratto prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. o a eventuali importi definiti da Contratti Integrativi aziendali, di cui il Contraente fornirà estratto alla Società, con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali di cui all'art. 2 precedente, e cioè sino a € 220.000,00, indipendentemente dalle condizioni di salute dell'Assicurato;
- per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, al fine dell'accettazione in garanzia, l'Assicurato dovrà presentare per il tramite del Contraente un apposito questionario anamnestico nonché sottoporsi agli eventuali accertamenti sanitari individuali richiesti dalla Società in esito alle risultanze del questionario stesso. Dovrà inoltre dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi.

La mancata presentazione, entro quarantacinque giorni dalla richiesta di copertura, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata e gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati.

Qualora l'accertamento sanitario richiesto evidenzi dei motivi di aggravamento del rischio tali da rendere necessaria l'applicazione di sovrappremi o l'effettuazione di ulteriori accertamenti sanitari, entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione, la Società darà comunicazione al Contraente della misura del sovrappremio da applicare o quali accertamenti sanitari siano da effettuare.

In questi ultimi casi, in attesa della definizione, le garanzie sono limitate ai capitali previsti al primo linea del presente articolo.

#### **Art.4 Suicidio**

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

#### **Art.5 Sinistro che colpisca più teste**

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 20 volte il capitale medio assicurato.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo lo stesso andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal medesimo evento in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

#### **Art.6 Beneficiari**

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- in caso di morte dell'Assicurato, quelli previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria applicato oppure dal Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale, di cui alia premessa del presente contratto;
- in assenza di tali previsioni, i beneficiari 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.

#### **Art.7 Esclusioni**

I rischi di morte e di invalidità sono coperti qualunque possa esserne la causa. 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;
- malattia da HIV o da sieropositività qualora il decesso avvenga nei primi tre anni dalla data di ingresso in assicurazione. E' facoltà dell'Assicurato richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga al test HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare. In questi casi, la Società corrisponderà solo un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduta.

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

## **Art.8 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 ad individuare gli aventi diritto.

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

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello apposti da richiedere alla Società;
- cartella clinica dell'ospedale, relativa al ricovero precedente il decesso;
- in caso di morte violenta (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 30 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 – Condizioni che regolano la garanzia Invalidità Totale e Permanente

### **Art. 1 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, manifestatasi dopo l'ingresso in assicurazione, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché l'evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con il contraente.

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

### **Art. 2 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.

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. La copertura per tali Assicurati dovrà essere rinnovata, da parte della Contraente, ad ogni ricorrenza annuale mediante il pagamento del premio corrispondente all'età, rimanendo esclusa l'applicazione di ulteriore sovra-premio sanitario. In caso di cessazione del rapporto di lavoro sarà liquidato il capitale assicurato, da parte della Società, se l'Assicurato risulterà, in quel momento, ancora percettore della rendita conseguente al riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità di cui sopra.

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

### **Art. 3 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. 4 - 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

Il premio annuo di polizza è determinato applicando i tassi annui imponibili per mille alle somme assicurate indicate nella seguente tabella.

Si precisa che il totale dei Dirigenti è di 1 entità, di età come da tabella. Per “Età degli Assicurati” si intende quella che gli Assicurati raggiungeranno alla data di effetto della copertura (01/01/2023), calcolata sulla popolazione esistente a tale data. Il premio di polizza effettivamente dovuto sarà pertanto calcolato sulla base delle somme assicurate e della consistenza numerica effettiva alla data del 01/01/2023.

Maschio Femmina	/	Data di nascita	massimale	Tasso annuo	Premio
M		22/03/1969	€ 300.000,00		

-----

-----