

Copertura assicurativa

LOTTO 6) VITA IPT DIRIGENTI

La presente polizza è stipulata tra

GRUPPO VERITAS SPA
SANTA CROCE, 489
30135 – VENEZIA (VE)
p.i/c.f: 00000003341820276
Codice CIG: _____

E

Società Assicuratrice
Gestione del contratto affidata a: _____

Email: _____ PEC: _____

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.12.2025

alle ore 24 del 31.12.2028

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissata al 31 dicembre di ogni anno

SCHEMA DI POLIZZA

NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	GRUPPO VERITAS SPA
SEDE LEGALE	SANTA CROCE, 489 30135 – VENEZIA (VE)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	00000003341820276
ATTIVITÀ SVOLTA	Vedi capitolato
DURATA DI POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2025 Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2028
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€. //
IMPOSTE	€. //
PREMIO LORDO ANNUO	€. //
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xx è regolato:

- ✓ dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto;
- ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato;
- ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato.

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione, ovvero i Dirigenti e i Quadri dipendenti dell'Ente Contraente : il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita
Beneficiario	La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e che corrisponde il relativo premio, ovvero Veritas Spa nonché le società controllate Eco + Eco Srl, Asvo spa
Costo percentuale (caricamento)	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.
Data di decorrenza del contratto	La data di riferimento, indicata in contratto, per il calcolo delle prestazioni contrattuali
Data di ricorrenza	La data in cui la Società richiede il pagamento del premio monoannuale per ciascuna posizione individuale, al fine di consentire il rinnovo della copertura assicurativa.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace
Età assicurativa	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
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso ed alle caratteristiche assicurative e finanziarie del contratto
Premio monoannuale	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere all'inizio di ogni anno assicurativo per dare efficacia all'assicurazione
Prestazione assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il Contraente chiede alla Società di stipulare il contratto di assicurazione
Questionario sanitario per l'assicurazione sulla vita	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la prestazione assicurata
Società	La Compagnia assicurativa (nonché le eventuali coassicuratrici) identificata nei documenti di polizza che, verso il pagamento del premio, si obbliga a garantire le prestazioni contrattuali previste in polizza

Ai fini meramente indicativi e non esaustivi, si evidenziano alcune informazioni alla data del 30.09.2025 senza che queste possano compromettere in alcun modo le condizioni di polizza su condizioni societarie passate, presenti e/o future.

VERITAS Spa (CAPOGRUPPO): Veritas è la società per azioni a capitale interamente pubblico che fornisce servizi ambientali ai 51 Comuni soci (la Città metropolitana di Venezia e parte della provincia di Treviso), in un territorio di 2.300 kmq, che conta 940.000 abitanti e oltre 40 milioni di presenze turistiche. Veritas è una delle maggiori multiutility d'Italia per dimensioni e fatturato.

Igiene ambientale: ciclo completo dei rifiuti in tutte le sue fasi, dal conferimento al trattamento, riciclaggio, recupero e smaltimento nell'Ecodistretto di Fusina, una tra le maggiori strutture d'Europa per tecnologia e quantità di materiali trattati.

Servizio idrico integrato: ciclo delle acque (prelievo, sollevamento, trattamento e distribuzione) per uso civile e industriale; raccolta e depurazione di acque reflue domestiche e industriali; realizzazione e gestione della rete antincendio di Venezia.

Servizi urbani collettivi: gestione integrata di servizi cimiteriali e funerari; mercato ittico all'ingrosso del Tronchetto; bonifiche ambientali; servizi legati alla tipicità del territorio veneziano (manutenzione urbana, percorsi pedonali in caso di alta marea e neve), gestione del calore e della pubblica illuminazione, gestione delle utilities all'interno del porto di Venezia (reti, acqua, gas, elettricità).

Energia: energy management e produzione di energia da fonti rinnovabili (pannelli solari e biomasse).

I numeri

Fatturato: 536 milioni (consolidato di Gruppo del 2024)

Comuni serviti: 51

Dipendenti: 3.566 (

Rifiuti raccolti: 543.348 tonnellate

Rifiuti differenziati: 370.986 tonnellate (72,2%)

Acqua potabile distribuita: 71,6 milioni di metri cubi

Acque reflue depurate: 102 milioni di metri cubi

Rete idrica: 5.394 km (5.865 km con la rete di adduzione)

Rete fognaria: 2.869 km

Cimiteri gestiti: 21 (e 3 impianti crematori)

Comuni proprietari: Annone Veneto, Campagna Lupia, Camponogara, Campolongo Maggiore, Caorle, Cavallino-Treporti, Cavarzere, Ceggia, Cessalto, Chioggia, Cinto Caomaggiore, Cona, Concordia Sagittaria, Dolo, Eraclea, Fiesse d'Artico, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Fossò, Gruaro, Jesolo, Marcon, Martellago, Meolo, Mira, Mirano, Mogliano Veneto, Morgano, Musile di Piave, Noale, Noventa di Piave, Pianiga, Portogruaro, Pramaggiore, Preganziol, Quarto D'Altino, Quinto di Treviso, Salzano, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Santa Maria di Sala, Scorzè, Spinea, Stra, Teglio Veneto, Torre di Mosto, Venezia, Vigonovo, Zenson di Piave, Zero Branco.

SOCIETÀ' CONTROLLATE e/o PARTECIPATE

ECO + ECO Srl: La società opera nel settore dello smaltimento e riciclo dei rifiuti e della termovalorizzazione. La società è stata costituita nel 1998 come Ecoprogetto Venezia srl per rispondere all'esigenza di governare il ciclo dello smaltimento dei rifiuti urbani nell'area veneziana, specializzandosi nel trattamento e valorizzazione energetica della frazione secca del rifiuto urbano. Allo scopo di creare un'unica società proprietaria di due poli di stabilimenti che collaborano in modo sinergico e coordinato uno per il trattamento, valorizzazione energetica e smaltimento dei rifiuti indifferenziati (proprietà della società Ecoprogetto Venezia srl) e uno per la gestione, raccolta, selezione e recupero di rifiuti da raccolta differenziata (di proprietà della società Ecoricicli Veritas srl), nel 2022 è avvenuta l'incorporazione di Ecoricicli Veritas srl in Ecoprogetto Venezia srl con contemporanea variazione delle denominazione sociale da Ecoprogetto Venezia srl a Eco+Eco srl. Lo stabilimento Eco+Eco denominato *Valorizza* si occupa del trattamento del rifiuto urbano residuo proveniente dal territorio veneziano e degli scarti provenienti dalla selezione dei rifiuti urbani differenziati. Presso lo stabilimento, che si sviluppa su una superficie di quasi 11,3 ettari di cui circa il 90% occupati dalle sezioni di impianto, dalle relative utilities, dalle palazzine uffici, dalle strade di accesso e parcheggi, sono attive due linee di produzione di Combustibile Solido Secondario (CSS) e una linea di co-combustione per la produzione di energia elettrica da utilizzare all'interno del polo stesso o da cedere alla rete. Lo stabilimento Eco+Eco denominato *Ricicla* si occupa

della gestione delle frazioni secche riciclabili provenienti dalla raccolta differenziata, in particolare vetro, plastiche, metalli ferrosi e non, rifiuti ingombranti e legno.

SEZIONE 2 - PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prestazioni

L'assicurazione di gruppo di cui al presente contratto è un'assicurazione in forma collettiva pluriennale che garantisce la copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

S'intende colpito da invalidità l'Assicurato che per malattia o infortunio, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale la propria capacità lavorativa dichiarata.

L'assicurazione comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Evento che colpisca più teste

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

Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Capitali assicurati

I capitali assicurati all'inizio di ogni periodo assicurativo sulle singole teste sono comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base alle norme contenute nel CCNL, nell'Accordo e/o nel Regolamento Aziendale. Tali capitali saranno comunque rispondenti a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

In caso di morte o di accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato, sempreché questi sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato sopra definito.

Art. 2 - Limiti di età

Possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi un'età non inferiore a 18 e non superiore a 70 anni.

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

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Art. 3 - Esclusioni

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi punti:

- a. attività dolosa del Beneficiario;
- b. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; la copertura si intende comunque esclusa in caso di uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- d. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso o l'invalidità totale e permanente avvengano dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- e. 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;
- f. atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- g. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

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

Art. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio che viene assunto da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

Art. 5 - Documentazione sanitaria, accertamenti e dichiarazioni dell'Assicurando

La Società prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali – di cui il Contraente fornirà estratto alla Società – con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali assicurati sino a 400.000,00 euro, senza accertamenti sanitari;

Art. 6 - Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono i soggetti previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria applicato, oppure dal Contratto Integrativo, dall'Accordo e/o dal Regolamento Aziendale.

In assenza di tali previsioni:

- a) in caso di morte, i beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato stesso o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi;
- b) in caso d'invalidità totale e permanente, Beneficiario è l'Assicurato medesimo.

Art. 7 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria di Venezia

Art. 8 – Organismo di mediazione

Per le eventuali controversie riguardanti l'interpretazione, l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza ovvero riguardanti comunque il presente contratto le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo presso l'Autorità Giudiziaria di Venezia

ART. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA – TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. Le azioni, le ragioni e di diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dalla Contraente Veritas SpA e/o alle Società dalla stessa controllate indicate nel successivo articolo "Calcolo del premio"

Spetta in particolare alla Contraente Veritas SpA e/o alle Società dalla stessa controllate di cui sopra compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà alla Contraente Veritas SpA e/o alle Società dalla stessa controllate di cui sopra richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per Contraente Veritas SpA e/o alle Società dalla stessa controllate, restando esclusa ogni facoltà di

impugnativa.

Art.10 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

Art. 11 - Trattamento dei dati

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, Assicurato) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali

Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazione del rischio

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica 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.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 13 – Revisione del prezzo

In conformità all'articolo 60 del D.Lgs. n.36/2023 e all'Allegato II.2-bis, si prevede la possibilità di revisione del prezzo contrattuale del servizio assicurativo oggetto dell'appalto. In mancanza di indice specifico per i servizi assicurativi, le parti concordano che la variazione dei prezzi sarà calcolata con riferimento all'indice FOI (famiglie operai e impiegati) pubblicato da ISTAT. Decorsi almeno 12 mesi

dall'inizio dell'assicurazione, qualora l'indice ISTAT FOI vari in misura superiore al 5%, ciascuna parte potrà richiedere motivatamente la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, nella misura massima dell'80% della variazione eccedente la suddetta soglia del 5%. La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo RECESSO.

ART. 14 - Recesso

presentato la richiesta di revisione non accettata in base al secondo comma del presente articolo può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 15 - Coassicurazione e Delega (se operante)

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

SEZIONE 3 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione

Ad ogni scadenza annuale del contratto sarà emesso dalla Società un nuovo elenco con indicazione, per ciascun Dirigente o Quadro, del premio dovuto e del capitale assicurato.

Art. 2 - Durata del contratto – Proroga tecnica – Ripetizione del contratto

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella SCHEDA DI POLIZZA; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta. Non è previsto il tacito rinnovo.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verifichino le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023, e comunque con il massimo di 6 mesi.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Il Contraente si riserva la facoltà della prosecuzione del contratto per un ulteriore biennio, da esercitarsi previa comunicazione da inviarsi alla Società a mezzo PEC entro un mese dalla scadenza triennale di polizza. In tale ipotesi, la Società si impegna a proseguire il contratto per il periodo suddetto alle medesime condizioni tecniche ed economiche vigenti.

ART. 3 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO (TEC 6.1_opzione base. Vale 0 punti)

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sei mesi da darsi con lettera raccomandata o PEC.

Il computo dei sei mesi decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 51 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati. In caso di recesso da parte della Compagnia assicuratrice, è 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, purché iniziate entro 120 giorni dalla data della formalizzazione del recesso per sinistro.

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 vigenti, per un periodo massimo di 3 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

ART. 3 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO (TEC 6.1_opzione migliorativa1. Vale 10 punti)

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

Art. 4 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 2 mesi dal termine della prima scadenza semestrale di ogni anno e a ogni semestre successivo al primo, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri denunciati così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dall'assicuratore, della data dell'evento, della data di denuncia e della tipologia);
- ✓ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva, che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea di reportistica, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte);
- ✓ nome dell'assicurato;
- ✓ nome della controparte;
- ✓ descrizione dell'evento

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione dovrà essere fornita mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 1 mese dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Art. 5 Recesso anticipato annuale

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale. Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale. In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA- RIPETIZIONE DEL CONTRATTO

SEZIONE 4 – PREMI

Art. 1: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Il Contraente pagherà alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è stata assegnata in gestione la polizza:

- ✓ entro 2 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 2 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento indicato in SCHEDA DI POLIZZA. Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 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. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto. Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973, costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 2 – Criteri di calcolo del premio

Il premio annuo di assicurazione per ogni singolo assicurando sarà calcolato in base alle modalità e ai tassi di premio espressi nella tabella allegata alla presente polizza, con riferimento alla numerosità del gruppo, all'età raggiunta alla data di decorrenza o di ricorrenza annuale dell'assicurazione e al relativo capitale assicurato.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio, determinati riducendo i premi annui come sopra definiti, in proporzione ai giorni di durata della copertura.

Art. 3 - Documenti prodotti dalla Società

La Società rilascerà al Contraente - in occasione di ciascun versamento - una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'Appendice-distinta facente parte integrante del 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 controllata e ritenuta esatta.

Su preventiva ed esplicita richiesta del Contraente, la Società rilascerà annualmente la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle vigenti normative in materia.

Art. 4 - Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento di una annualità di premio determina, trascorsi 60 giorni dalla data di rinnovo delle posizioni assicurative, la risoluzione del contratto.

In tal caso le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

SEZIONE 5 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 1 – Obblighi in caso di sinistro

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa, a mezzo PEC e/o raccomandata A.R. - direttamente o tramite la sua rappresentanza cui è assegnato il contratto - i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, che dovranno presentare anche la fotocopia di un documento d'identità valido, insieme alla richiesta redatta secondo le indicazioni disponibili presso le agenzie della Società.

Per i pagamenti conseguenti alla morte dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

- certificato di morte;
- relazione medica sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato redatta su apposito modulo predisposto dalla società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla società (cartelle cliniche, compresa quella del ricovero che contenga l'anamnesi personale remota, esami clinici, verbale del 118, verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, certificato di chiusa inchiesta e copia dei relativi atti);
- atto notorio dal quale risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato non sia stato impugnato, e l'indicazione degli eredi legittimi;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

Per i pagamenti conseguenti all'invalidità dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

- il certificato del medico curante, redatto su apposito modulo predisposto dalla Società, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta dalla Società (in particolare: cartelle cliniche, compresa quella del primo ricovero contenente l'anamnesi personale remota, esami clinici, ecc.);
- la documentazione ricevuta dall' INPS attestante l'avvenuto accertamento al diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità o all'atto del riconoscimento di invalidità di origine professionale.

La Società esegue i pagamenti agli aventi diritto, per il tramite del Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

SEZIONE 6 – CONDIZIONI DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Art. 1 – Oggetto della copertura

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva che garantisce la copertura del rischio morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati specificati alla SCHEDA DI POLIZZA che segue, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

La garanzia comprende anche il rischio di suicidio, con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione

Art. 2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

La copertura assicurativa rispetto ai singoli assicurati decorre dalle ore 24.00 della data di richiesta di copertura del Contraente alla Società.

Il Contraente fornirà alla Società l'elenco degli assicurandi da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi:

- Nome
- Cognome
- Codice Fiscale
- Sesso
- Data di nascita
- Capitale da assicurare

nonché quant'altro previsto dalla vigente normativa IVASS 44.

Essa fornirà altresì ogni tipo di documentazione che fosse richiesta dalla Società per l'inserimento degli assicurandi nella collettiva o per il pagamento delle prestazioni garantite. Non sono assicurabili coloro che siano già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione della propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le normali abitudini, a meno del 50% **(TEC 6.2_Opzione base. Vale 0 punti)** oppure a meno del 60% **(TEC 6.2_Opzione migliorativa1. Vale 7,5 punti)** oppure a meno del 70% **(TEC 6.2_Opzione migliorativa2. Vale 15 punti)** avessero già in corso accertamenti a tale scopo, prima del loro ingresso in copertura.

La garanzia nei confronti dei singoli assicurati cessa al momento della comunicazione a tal scopo alla Società da parte del Contraente, il quale indicherà gli estremi della posizione individuale ed il motivo della cessazione della copertura assicurativa.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenisse prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà al Contraente il rateo di premio relativo al periodo subannuale per il quale la copertura non è più richiesta.

Art. 3 – Sinistro che colpisca più teste

L'Assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale. In tal caso l'esposizione massima della Società non potrà eccedere un importo pari a quattro volte **(TEC 6.3_Opzione base. Vale 0 punti)** oppure cinque volte **(TEC 6.3_Opzione migliorativa1. Vale 7,5 punti)** oppure a sei volte **(TEC 6.3_Opzione migliorativa2. Vale 15 punti)** il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art. 4 – Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dalla presente polizza sono i soggetti previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. In assenza di tali previsioni:

- In caso di morte, i beneficiari sono quelli indicati dall'assicurato stesso o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi;
- In caso d'invalidità totale e permanente, beneficiario è l'assicurato medesimo.

Art. 5 – Condizioni che regolano il rischio di invalidità totale e permanente

A) In caso di invalidità totale e permanente conseguente ad infortunio o malattia dell'Assicurato intervenuti nel corso della durata contrattuale, la Società corrisponde al Beneficiario il capitale assicurato sempreché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi. S'intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno in occupazioni confacenti le sue attitudini, in misura superiore al 50% **(TEC 6.4_Opzione base. Vale 0 punti)** oppure in misura superiore al 45% **(TEC 6.4_Opzione migliorativa1. Vale 7,5 punti)** oppure in misura superiore al 40% **(TEC 6.4_Opzione migliorativa2. Vale 15 punti)** della propria capacità lavorativa, sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro

B) Viene esclusa la copertura per i casi di invalidità causati da:

- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi e fatti di guerra
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di idoneo brevetto e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Viene altresì esclusa in quei casi in cui l'Assicurato abbia in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza, prima dell'ingresso in assicurazione e queste si siano concluse con esito positivo.

C) Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono fare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata e/o PEC, specifica certificazione medica attestante il sopravvenuto stato di invalidità ed il relativo grado della stessa, nonché la documentazione medica corredata di tale attestazione; la Società dovrà essere inoltre informata della contestuale esistenza di una pratica di riconoscimento dell'invalidità avviata presso l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza.

La Società s'impegna ad accertare l'invalidità entro 120 giorni **(TEC 6.5_Opzione base. Vale 0 punti)** oppure entro 90 giorni **(TEC 6.5_Opzione migliorativa1. Vale 7,5 punti)** oppure entro 60 giorni **(TEC 6.4_Opzione migliorativa2. Vale 15 punti)** dalla data di ricevimento della lettera raccomandata e/o PEC di cui sopra.

Nei casi in cui l'invalidità sia stata riconosciuta dall'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza, s'intenderà riconosciuta anche ai fini del presente contratto purché:

- l'età dell'Assicurato non sia superiore a 75 anni
- la denuncia sia stata comunicata alla Società entro 60 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza
- Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato si fa riferimento alla prestazione garantita al momento della denuncia di cui al presente articolo o al momento della denuncia presentata all'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza in seguito alla quale l'Ente abbia riconosciuto l'invalidità.

D) A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità sono obbligati:

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

La Società si riserva comunque il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di propria fiducia.

E) Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione entro trenta giorni dalla data del riconoscimento dell'invalidità purché alla Società sia pervenuta tutta la documentazione necessaria ad eseguire il pagamento; decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori. Non sono comunque imputabili alla Società ritardi ad essa non ascrivibili.

F) Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, di promuovere con comunicazione da trasmettersi tramite lettera raccomandata e/o PEC, la formazione di un collegio arbitrale. Tale collegio sarà formato da tre medici, uno nominato dalla Società, l'Altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo tra le parti. In caso di mancato accordo sul terzo arbitro, lo stesso verrà nominato dal presidente dell'Ordine dei Medici avente sede ove risiede l'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il termine di 30 giorni senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire qualsiasi accertamento di carattere preliminare od incidentale.

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

G) Dalla data di ricevimento della raccomandata di denuncia del sinistro di cui al punto C) che precede, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società s'impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate. Se l'invalidità viene riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale l'obbligo al pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite. Se l'invalidità non viene riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Accertamento

Accertata l'invalidità, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società a mezzo raccomandata A.R. o PEC. La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente o Quadro così formulato: - all'atto del riconoscimento, da parte dell'INPS, dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità; - all'atto del riconoscimento di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore a quanto indicato al precedente art. 5 la capacità lavorativa specifica e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente. Il suddetto diritto deve essere riconosciuto dall'Ente preposto prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento. Per l'eventuale parte di capitale eccedente quello previsto dal C.C.N.L., il Contraente o l'Assicurato devono, accertata l'invalidità, farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla medesima, a mezzo

lettera raccomandata A.R., il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro il termine indicato al precedente art. 5 e si riserva di sottoporre a visita medico legale l'Assicurato, che dovrà esibire tutta la documentazione sanitaria, necessaria per formulare il giudizio tecnico. A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati: a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato; b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o dell'infortunio che hanno prodotto l'invalidità. Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Art. 8 - 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 Società – la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società il secondo dalla Contraente o – su sua delega – dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei medici risiede nel Comune sede di istituto di medicina legale 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 medico 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 medico devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo. Ciascuna delle parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata o dalla data di invio della PEC, di cui al primo comma del precedente articolo, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, 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, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

1 RISCHIO ASSICURATO:

Vita IPT Dirigenti

2 CATEGORIE ASSICURATE:

A Dirigenti delle Società del Gruppo VERITAS

3 SOMME ASSICURATE PROCAPITE:

	Morte e IPT	Note
	€ 400.000,00,	dirigente con figli a carico e/o coniuge
	€ 300.000,00	dirigente senza figli a carico né coniuge

4 TASSI NETTI PER OGNI 1.000 € DI CAPITALE n

Età	Tasso		Età	Tasso		Età	Tasso		Età	Tasso	
	M	F		M	F		M	F		M	F
19			34			49			64		
20			35			50			65		

21			36			51			66		
22			37			52			67		
23			38			53			68		
24			39			54			69		
25			40			55			70		
26			41			56					
27			42			57					
28			43			58					
29			44			59					
30			45			60					
31			46			61					
32			47			62					
33			48			63					

6	Diritti e diritti di emissione per ciascun Assicurato
	Nessun diritto

7 - DIRIGENTI ASSICURATI

NUM.	ASSICURATO	SOCIETA'	DATA DI NASCITA	SESSO	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO LORDO ANNUO
1	B. M.	Veritas	28/04/1960	M	400.000,00	€. //
2	B. C.	Veritas	18/03/1964	F	400.000,00	€. //
3	B.U.	Veritas	28/06/1961	M	400.000,00	€. //
4	B.G.	Veritas	21/11/1959	M	400.000,00	€. //
5	D.S.S.	Veritas	12/11/1959	M	400.000,00	€. //
6	F.R.	Veritas	08/11/1966	M	400.000,00	€. //
7	G.A.	Veritas	19/06/1967	M	400.000,00	€. //
8	R.A.G.	Veritas	08/01/1966	M	300.000,00	€. //
9	F.C.	Veritas	20/06/1970	M	400.000,00	€. //
10	M.L.	Veritas	04/01/1968	F	300.000,00	€. //
11	G.S.	Veritas	06/05/1968	M	400.000,00	€. //
12	P.F.	Veritas	28/05/1966	M	400.000,00	€. //
13	M.G.	Veritas	20/08/1966	M	400.000,00	€. //
14	C.S.	Veritas	07/12/1973	M	400.000,00	€. //
15	G.S.	Veritas	04/05/1968	F	400.000,00	€. //
16	F.A.	Veritas	10/08/1974	M	400.000,00	€. //
17	T.C.D.	Veritas	20/10/1965	M	300.000,00	€. //
18	D.B.G.	Veritas	03/06/1976	M	400.000,00	€. //
19	S.E.	Eco+Eco	27/04/1976	M	400.000,00	€. //
20	S.L.	Eco+Eco	28/06/1980	M	400.000,00	€. //

Scomposizione del premio annuo

Premio annuo imponibile	€	=====
Imposte	€	=====
TOTALE PREMIO ANNUO LORDO	€	=====

ART. 9 RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

ART. 10 DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme. Pertanto, 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 digitale apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

- Art. 7, Sez. 2 – Foro competente.
- Art. 2, Sez. 3 – Durata del contratto
- Art. 3, Sez. 3 – Recesso per sinistro;
- Art. 1, Sez. 5 - Obblighi in caso di sinistro

IL CONTRAENTE
