

LOTTO VII

CAPITOLATO DI POLIZZA DI ASSICURAZIONE

Vita/IPT



CONTRAENTE : EUR SPA

SEDE LEGALE : LARGO VIRGILIO TESTA 23 - 00144 ROMA
PARTITA IVA: 02117131009
DECORRENZA DELLA COPERTURA: ORE 00.00 DEL 01.01.2025
SCADENZA DELLA COPERTURA: ORE 24.00 DEL 31.12.2027
FRAZIONAMENTO: ANNUALE

DEFINIZIONI

ANNUALITÀ ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;
ASSICURATO	Il Dirigente sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione e gli Amministratori individuati in polizza.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITÀ	Quella svolta da EUR SPA, per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.
BENEFICIARI	L'avente diritto alla prestazione
BROKER	De Besi – Di Giacomo S.p.A.
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie EUR SPA, in breve denominato Ente
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
SOMMA ASSICURATA	L'importo convenuto nel presente capitolato che rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA/CAPITOLATO	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETÀ	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

ART. 1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

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 artt. 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. 1.2 – REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE

DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 120 del D. Lgs. 36/2023 la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

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

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

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo 1.5 RECESSO

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del 01.01.2025 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2027, senza tacito rinnovo.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nei casi previsti al successivo art. 1.5, Recesso, alle condizioni e nelle modalità di cui al paragrafo 1.5.3

ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi al ricevimento della polizza ritenuta corretta.

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

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta. Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporta.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Resta convenuto che è considerata tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto siano comunicati alla Società

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 artt. 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, previa comunicazione del Broker.

ART. 1.5 – RECESSO

ART. 1.5.1 – RECESSO DELLA SOCIETÀ

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi dell'articolo 1.2 REVISIONE DEL PREZZO, la Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

ART. 1.5.2 – RECESSO PER DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE DEL CONTRAENTE SENZA DOLO

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1.5.3 – RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni.

ART. 1.5.4 – NORME COMUNI IN TUTTE LE IPOTESI DI RECESSO

La Società, entro 15 (quindici) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli artt. 1.5.1, 1.5.2 e 1.5.3, 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. 1.13 – "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 tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 1.5.1, 1.5.2 e 1.5.3, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

ART. 1.6 – PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 60 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio nei termini di cui al precedente art. 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

ART. 1.7 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, email o simili) indirizzata alla Società e viceversa.

ART.1.8 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.9 – FORO COMPETENTE

A scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 ss.mm.ii.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

ART. 1.10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.11 – COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicati nel riparto allegato alla presente polizza. 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.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Contraente provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

ART. 1.12 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo De Besi di Giacomo S.p.A. in qualità di broker ai sensi della Legge 28.11.1984 n.792 e del D. Lgs. 209/2005. Nel caso di Coassicurazione ex art. 1911 del C.C, il Broker tratterà con la Società Delegataria la quale informerà le Società Coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato; pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, si dà e si prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società e viceversa, mentre ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Si conviene espressamente che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Società con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura del 3,92% (tre virgola novantadue per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione

Nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii, ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, inoltre, riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente

ART. 1.13 – OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa, nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso nonché oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati, *si impegna* a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

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

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

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente o del broker fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. 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 10 giorni dalla ricezione della richiesta.

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

ART. 1.14 – ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

La Società si impegna, alla decorrenza della polizza e ad ogni rinnovo annuale, a ricalcolare il premio sulla base dello stato di rischio aggiornato (Dirigenti in forza + Amministratori individuati), comunicato dal Contraente entro la data di decorrenza delle garanzie e/o rinnovo annuale.

Il Contraente s'impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ciascun periodo assicurativo, a corrispondere il premio di assicurazione, determinato come di seguito indicato:

Il premio annuo di assicurazione per ogni singolo assicurando sarà calcolato in base alle modalità e ai tassi di premio di cui alla seguente tabella, con riferimento all'età raggiunta da ogni Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione ed al relativo capitale assicurato.

TABELLA TASSI NETTI PER OGNI 1.000 € DI CAPITALE							
Eta'	Tasso	Età	Tasso	Eta'	Tasso	Eta'	Tasso
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		71	
27		42		57		72	
28		43		58		73	

29		44		59		74	
30		45		60		75	
31		46		61			
32		47		62			
33		48		63			

Al valore così ottenuto verrà aggiunto un importo fisso, per ogni testa da assicurare, pari ad € , così come indicato nell'offerta economica.

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

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati rimarranno acquisiti dalla Società.

ART. 1.15 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta ad eventuali altre assicurazioni.

ART. 1.16 - EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

ART. 1.17 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI

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

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

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

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

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

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

ART. 1.18 – VALIDITA' DELLE NORME DATTILOSCRITTE

L'eventuale discordanza tra le Definizioni, le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione Vita, le norme che regolano la gestione dei sinistri, il CCNL di riferimento, i regolamenti interni del Contraente, le disposizioni legislative in materia, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Il presente capitolato assumerà, a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente e dall'Agenzia su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del numero assegnato al contratto, del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese/Coassicurazione (se esistente).

ART. 1.19 – DOCUMENTAZIONE PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE

La Società si impegna a fornire al Contraente le Informative contrattuali previste dalle disposizioni vigenti in materia ed il Contraente si impegna a compilare e restituire alla Società tutta la modulistica da questi fornita e necessaria per l'emissione del contratto, così come richiesta dalla normativa vigente entro il termine di 30 giorni dalla data di decorrenza delle garanzie.

Il Contraente, in ottemperanza ai disposti dei Regolamenti IVASS è tenuto a consegnare all'Assicurato le Informative contrattuali.

Il Contraente si impegna a fornire l'Informativa privacy della Società e a trasmettere alla Società stessa il relativo consenso da parte di ognuno dei partecipanti al contratto

Il Contraente terrà indenne e manlevata la Società da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivarle dal mancato rispetto degli obblighi sopra richiamati.

Alla stipulazione della polizza, e in occasione di ciascun versamento, nei termini previsti dal presente capitolato, la Società rilascerà al Contraente una quietanza di premio e un'appendice distinta contenente i nomi degli Assicurati, con l'indicazione per ciascuno del capitale assicurato e del relativo premio.

ART. 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN PARTICOLARE

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte ed invalidità per dirigenti in forza e gli Amministratori individuati, è un'assicurazione collettiva che garantisce per la durata indicata nel presente capitolato, la copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente degli Assicurati da qualsiasi causa sempreché l'evento avvenga entro la data di scadenza dell'assicurazione.

Le prestazioni garantite sono:

Morte: il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso - compreso il suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione - salvo nei casi indicati al successivo art. 2.8 "Esclusioni"

Invalidità Permanente: s'intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché tale evento abbia comportato, quale conseguenza diretta ed esclusiva dello stato di invalidità, la risoluzione del rapporto di lavoro.

ART. 2.2 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI, ASSICURATI E SOMME GARANTITE

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono i soggetti previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria applicato, dal Contratto Integrativo, dall'Accordo e 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 in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali;

b) in caso d'invalidità totale e permanente, beneficiario è l'Assicurato medesimo.

Assicurati sono:

a) tutti i Dirigenti in servizio presso l'Azienda Contraente, soggetti a CCNL delle imprese dei servizi pubblici locali aderenti alla Confservizi nonché quelli di futura assunzione, e gli Amministratori individuati per cui sussiste l'obbligo previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di Categoria, oppure in base al Contratto/Accordo/Regolamento Aziendale e per i quali la Società ha accettato il rischio ed il Contraente ha corrisposto il relativo premio.

All'atto della decorrenza della garanzia e ad ogni rinnovo annuale, il Contraente verserà il premio ricalcolato sulla base dello stato di rischio in essere a tale data ed all'età raggiunta dagli assicurati.

Entro la data di decorrenza delle garanzie e/o rinnovo annuale, il Contraente ha l'obbligo, di inviare alla Società, l'elenco delle persone definitive da assicurare, così come previsto nel presente capitolato; il

Contraente fornirà alla Società l'elenco degli assicurandi da includere in assicurazione, precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, premio da versare.

La Società rilascerà al Contraente in occasione di ciascun versamento una quietanza relativa ai premi complessivamente versati, ricalcolati annualmente in base all'effettivo stato di rischio ed all'età raggiunta dagli assicurati, accompagnata da un'appendice distinta, nella quale verranno elencati gli assicurati, i relativi capitali ed i premi pro-capite.

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

All'inizio di ogni periodo assicurativo i capitali assicurati sulle singole teste sono comunicati dal Contraente e sono stabiliti in ottemperanza alle disposizioni dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di lavoro di categoria o in base al Contratto integrativo, all'Accordo e/o al 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.

Resta fermo che il pagamento della prestazione di invalidità totale e permanente estingue la copertura

ART. 2.3 – DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il gruppo iniziale proveniente da precedente Assicuratore verrà inserito nel contratto senza presentazione di documentazione assuntiva fino ad un capitale pro-capite previsto dal CCNL di riferimento, mantenendo eventuali sovrappremi o limitazioni di copertura già applicati da precedente assicuratore.

Per quelli che verranno assunti/nominati successivamente alla data di stipula della polizza o per aumenti di capitale, entro 30 giorni dalla richiesta di inclusione di cui al successivo art. Art. 2.4 – Ingresso e permanenza nell'assicurazione, dovrà fornire la seguente documentazione:

1. per capitali assicurati previsti dal CCNL:

* dichiarazione di ACTIVE AT WORK; ove la sottoscrizione non fosse possibile è richiesta la compilazione del questionario sanitario fornito dalla Società.

2. per capitali assicurati maggiori rispetto quanto previsto dal CCNL

* la documentazione richiesta dalla Società

Per aumenti di capitale assicurato su posizioni già in corso:

1. per capitali assicurati superiori a quanto previsto dal CCNL

* la documentazione richiesta dalla Società

Nel caso in cui il Contraente non provveda a presentare la documentazione nel termine di cui sopra, la richiesta si intenderà revocata e priva di effetto sin dall'origine, restando escluso qualsiasi obbligo di garanzia da parte della Società rispetto all'assicurando.

Qualora l'accertamento sanitario richiesto evidenzi 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.

Fino alla conclusione del processo di valutazione del rischio, viene prestata una garanzia provvisoria per il solo caso di morte da evento accidentale indipendente dalla volontà dell'assicurando. Tale garanzia provvisoria cessa dalla data di ricevimento da parte del Contraente della comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Società, ovvero in caso di mancata accettazione del sovrappremio da parte del Contraente entro quindici giorni dalla data di ricevimento della comunicazione effettuata dalla Società.

Trascorsi quindici giorni dal ricevimento della documentazione completa (anche delle eventuali integrazioni) se la Società non si è espressa, il rischio si ritiene accettato con effetto dalla data di decorrenza indicata nella richiesta.

ART.2.4 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Assicurato avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Ente Eur S.p.A o dalla data in cui l'Assicurato viene nominato Dirigente.

Per gli assicurati che entrassero a far parte di EUR S.p.A o venissero nominati durante l'anno assicurativo, il Contraente è tenuta a segnalare alla Società l'inclusione entro 15 giorni. Per questi assicurati verrà emessa un'apposita Appendice di inclusione, che decorrerà dalle ore 00:00 del giorno di entrata nell'Ente con durata pari alla frazione di anno (rateo) mancante alla scadenza dell'anno assicurativo.

Il premio dovuto per tali assicurati sarà corrisposto nei termini previsti all'Art. 1.4 "Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie".

Qualora la Società non abbia ancora ricevuto la comunicazione di inclusione e nel frattempo si verifichi il sinistro, al fine di verificare la sussistenza del diritto alla copertura assicurativa da parte del o degli Assicurati non comunicati, la Società si riserva di Consultare il Libro Unico del Lavoro dell'Ente o documento equipollente, comprovante l'esistenza di tale/i nominativo fra i dipendenti della stessa.

Gli assicurati "nuovi entrati" verranno successivamente inclusi nell'Appendice-distinta generale, in occasione del rinnovo annuale delle coperture.

Per gli assicurati che uscissero durante l'anno assicurativo, la Contraente è tenuta a segnalarne alla Società l'uscita entro 10 giorni. Per questi assicurati verrà rimborsato il premio pagato e non goduto pari al premio annuo versato, al netto dell'importo fisso, rapportato alla frazione di anno mancante alla scadenza dell'anno assicurativo.

Tale rimborso verrà effettuato dalla Società entro il termine di 30 giorni dalla data di richiesta da parte del Contraente dell'esclusione.

ART. 2.5 - ASSICURABILITÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata per tutti gli Assicurati aventi età non superiore a 75 anni, fermo restando che la copertura per il caso di invalidità permanente non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età. Nel caso in cui l'Assicurato compia il 75-esimo anno di età in corso di contratto, la garanzia risulta operante fino alla scadenza dell'anno e non potrà essere rinnovata.

ART. 2.6 – LIMITI TERRITORIALI

La presente assicurazione vale senza limiti territoriali.

ART. 2.7 – 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.

Tali importi saranno suddivisi in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ART. 2.8 – ESCLUSIONI

E' esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- attività dolosa del beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta della Contraente;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente
- abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- pratica anche puramente ricreativa di queste attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. - Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, etc.).
- 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

Inoltre, se si verifica in un luogo uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi similari durante il soggiorno dell'Assicurato, quest'ultimo è coperto per dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità italiane.

L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

Sono altresì esclusi dall'assicurazione per il solo caso di invalidità totale e permanente 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. 3 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

ART. 3.1 DENUNCIA DEI SINISTRI - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa per il tramite del broker:

- la richiesta scritta di pagamento,
- la fotocopia di un documento d'identità valido, qualora non sia già stato presentato o sia scaduto,
- il codice fiscale

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

- certificato di morte;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; 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, copia dei relativi atti);
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dai quali risulti se l'assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non è stato impugnato, e l'eventuale indicazione degli eredi legittimi e testamentari se i beneficiari caso morte sono indicati in modo generico;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

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

- il certificato del medico curante, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla Società, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta dalla Società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; etc.);
- la documentazione ricevuta dall'Ente di Previdenza (I.N.P.S.) attestante l'avvenuto accertamento al diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità Previdenziali;
- il verbale completo di accertamento dell'invalidità Previdenziale, ossia il documento - da richiedere all'INPS territorialmente competente - contenente le informazioni che hanno portato al riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità (informazioni sanitarie, il grado di riduzione delle capacità lavorative dell'Assicurato, le informazioni sul tipo di lavoro e le mansioni svolte, il suo stato contributivo, etc.);

- la documentazione attestante l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro in conseguenza dell'invalidità.

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.

S'intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato al quale l'INPS, abbia riconosciuto il diritto o alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario d'invalidità e il cui stato non consenta la prosecuzione del suo rapporto di lavoro con la Contraente.

Qualora, dodici mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'INPS non avesse ancora riconosciuto o negato il diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e sempreché l'INPS non si sia nel frattempo pronunciata, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente.

Tale facoltà, che è irrevocabile, dovrà essere manifestata a mezzo lettera raccomandata o pec, trasmettendo contestualmente il certificato del medico curante e l'eventuale ulteriore documentazione disponibile.

Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento INPS, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra la Società e l'Assicurato.

La Società s'impegna ad accertare l'invalidità entro 120 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

L'autonoma procedura di accertamento d'invalidità potrà essere avviata dall'Assicurato, con le medesime modalità, anche nel caso in cui non ci sia stata presentazione della domanda all'INPS per mancanza dei requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità.

La morte dell'Assicurato, che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità, equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità.

Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, l'assicurazione si estingue.

ART. 3.2 - COLLEGIO ARBITRALE

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere - con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, un altro dalla Contraente o su sua delega dall'Assicurato, 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 violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Il giudizio dovrà essere formulato entro 180 giorni dalla data di costituzione del collegio medico.

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 rifiuti 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.

ART. 3.3 - LIQUIDAZIONE

Ogni pagamento viene effettuato agli aventi diritto entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta dalla Società, per il tramite della Contraente, presso la Direzione Generale della Società o presso il broker. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

ART 3.4 - CONDIZIONI DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DIRIGENTI

A parziale modifica di quanto previsto dal presente capitolato non è richiesta la cessazione del rapporto di lavoro, fino al limite del capitale assicurato previsto dal CCNL di € 300.000,00

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società entro 120 giorni dall'avvenuto riconoscimento dell'invalidità da parte dell'Ente di Previdenza (INPS).

Nel caso in cui l'Assicurato abbia cessato il rapporto di lavoro in conseguenza all'insorgenza dell'invalidità permanente in data antecedente all'ottenimento del riconoscimento da parte dell'Ente di Previdenza (INPS), il termine sopra riportato di 120 giorni decorre dalla data di cessazione del rapporto di lavoro

DICHIARAZIONE FINALE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO
SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

ART. 1.2 - REVISIONE DEL PREZZO

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

ART. 1.5 - RECESSO

ART. 1.7 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

ART. 1.9 - FORO COMPETENTE

ART. 1.11 - COASSICURAZIONE E DELEGA

ART. 1.12 - CLAUSOLA BROKER

ART. 1.13 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

ART. 1.14 - ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

ART. 1.16 - EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA

ART. 1.18 - VALIDITA' DELLE NORME DATILOSCRITTE

IL CONTRAENTE	LA SOCIETÀ

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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.