



COPERTURA ASSICURATIVA
COLLETTIVA IN FORMA TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL
CASO MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DEI
DIRIGENTI
CIG B3745427E5

La presente polizza è stipulata tra

FONDAZIONE ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA - IIT

Via Morego n. 30 – 16163 Genova (GE)

C.F / P. IVA: 97329350587

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del 31.12.2024

Alle ore 24.00 del 30.06.2027

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	FONDAZIONE ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA - IIT
SEDE LEGALE	VIA MOREGO N.30 – 16163 GENOVA (GE)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	C.F. 97329350587 – P.I. 09198791007
ATTIVITA' SVOLTA	Promozione dello sviluppo tecnologico del Paese e dell'alta formazione tecnologica in coerenza con gli indirizzi della politica scientifica e tecnologica nazionale, favorendo così lo sviluppo del sistema produttivo nazionale
DURATA DELLA POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2024 Scadenza: alle ore 24 del 30.06.2027
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	SEMESTRALE
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVIGIONALE BROKER	0,00% La remunerazione del broker è a carico del Contraente
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
<p>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 xxxx, è regolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 I DEFINIZIONI	
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto di assicurazione che può coincidere o no con il Beneficiario.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato in polizza, che può coincidere o no con il Contraente e con l'Assicurato.
BROKER – INTERMEDIARIO	AON S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Durata dell'assicurazione - polizza	Il periodo che ha inizio con la data di effetto della polizza e termina con la data di scadenza della polizza.
Indennizzo - Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente.
Invalidità permanente totale	Sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale oggettivamente accertabile, che abbia ridotto in modo permanente la capacità di lavoro dell'Assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini in misura superiore ai due terzi.
Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata. Nello specifico la data del decesso o di manifestazione della malattia o di accadimento dell'infortunio che determinano l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che ha assunto il presente rischio.
Somma assicurata	la somma che rappresenta il limite fino al quale la Società è obbligata.

SEZIONE II PREMESSA

Oggetto della copertura e Assicurati

La presente Assicurazione collettiva temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente è un'assicurazione collettiva a premio mono-annuale destinata ai dirigenti della Contraente.

La prestazione assicurativa viene prestata sulla base di un contratto stipulato tra la Società e la Contraente che riporta le condizioni specificatamente concordate tra le Parti. Del contratto fanno parte la Polizza, l'Elenco degli Assicurati con indicazione per ciascuno dei premi da pagare e del capitale Assicurato, le Condizioni di polizza e le eventuali appendici che di volta in volta dovessero essere concordate tra le Parti.

Il presente contratto ha come oggetto l'assicurazione contro il rischio di morte e invalidità totale e permanente degli Assicurati appartenenti alla categoria Dirigenti della Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia.

La Contraente si impegna a richiedere l'inserimento nel contratto di tutto il personale inquadrato come dirigente. Hanno quindi diritto alla presente assicurazione, per il periodo di validità del contratto, tutti gli Assicurati, come definiti al precedente comma, sempreché inclusi in assicurazione.

La Società, sulla base delle condizioni di polizza allegate, si assume pertanto l'obbligo di pagare agli aventi diritto in caso di decesso o invalidità totale e permanente degli Assicurati medesimi durante il periodo di validità dell'assicurazione, il capitale concordato, sempreché la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

I capitali assicurati sono quelli comunicati dalla Contraente e stabiliti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria, ovvero dai Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

SEZIONE III CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI PROROGA

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.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga tecnica della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni. 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 una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

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.

L'Ente Contraente si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata pari a 12 (dodici) mesi, previa adozione di apposito atto. In tal caso, la Stazione Appaltante trasmetterà la richiesta di proroga entro 180 giorni dalla scadenza contrattuale e la Società si impegna entro 30 giorni dalla richiesta a comunicare all'Ente l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di RECESSO ANTICIPATO ANNUALE prevista nella presente polizza.

Art. 2 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 TECNICA – OPZIONE DI PROROGA.

Art. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni 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 semestrale.

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 da 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, 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 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 alla Società.

Art. 4 REGOLAZIONE DEL PREMIO

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

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

Le regolazioni premio per i nuovi ingressi e per le uscite in corso d'anno verranno effettuati in un'unica soluzione a fine anno assicurativo applicando il tasso netto in corso. Nel caso di copertura di durata inferiore all'anno, si

stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione premio devono essere pagate dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice formalmente corretta-

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni trascorso il quale la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione e ciò sino all'adempimento di tali obblighi.

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

Art. 5 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 dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010.

Art. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

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 al 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 previsto dal citato art.1897; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 7 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto;
- b) 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. 8 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente. 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. 9 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero, salvo che tale inesattezza della dichiarazione o la reticenza non abbia influito direttamente sul sinistro stesso.

Art. 10 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) con preavviso di 120 (centoventi) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

Qualora la comunicazione della volontà di recedere dal rischio pervenga a meno di 120 giorni dalla scadenza annuale del Contratto, la Società, su richiesta del Contraente, si impegna a concedere una proroga tecnica alle medesime condizioni economiche e normative in corso, per il periodo intercorrente tra la scadenza dell'annualità e la scadenza del periodo di 120 giorni di effetto del recesso per sinistro.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art. 11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La polizza e le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

Art. 12 RISCATTI E PRESTITI

Non sono previsti valori di riscatto e prestiti.

Art. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Compagnia dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente e/o Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Compagnia solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Compagnia) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Compagnia il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Compagnia ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico del Contraente

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/ Coverholder indicato nella SCHEDA DI POLIZZA. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'Assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'Assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- ab) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

Art. 14 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

Art. 16 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

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

Art. 17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'Assicurato.

Art. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

Art. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art. 20 COASSICURAZIONE E DELEGA

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.

Art. 21 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è operante per i danni che avvengano nei territori di tutti i Paesi del Mondo.

Art. 22 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE IV OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

Art. 23 DEFINIZIONE

L'assicurazione di gruppo per il caso di Morte ed Invalidità totale e permanente è un'assicurazione collettiva che garantisce, per la durata del contratto, la copertura di rischio morte e di invalidità permanente degli assicurati così come definiti in PREMessa. La copertura assicurativa viene garantita attraverso l'utilizzo di polizze mono annuali, a premio unico, rinnovabili.

Più precisamente tale assicurazione presuppone:

- ✓ Un'unica Contraente ed un unico contratto di assicurazione;
- ✓ La determinazione del capitale assicurato su ogni testa in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

Art. 24 PRESTAZIONI

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in una unica soluzione agli aventi diritto in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità contrattuale, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, ferme restando comunque le cause di esclusione di cui al successivo articolo ESCLUSIONI.

L'importo del capitale assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'elenco degli Assicurati nell'allegato 1.

Art. 25 RISCHIO DI MORTE

Il rischio Morte è coperto qualunque possa esserne la causa (ferme le ESCLUSIONI di cui al successivo articolo 30) senza limiti territoriali.

Art. 26 RISCHIO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o sopraggiunto difetto fisico o mentale, oggettivamente accertabile, abbia visto ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini in misura superiore ai due terzi (invalidità superiore al 66%).

Per la categoria Dirigenti assicurata, il riconoscimento dell'invalidità totale e permanente non comporta necessariamente la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con la Contraente.

Rimane inteso che non sono liquidabili le invalidità totali permanenti per le quali l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato non abbia riconosciuto o abbia negato il diritto alla pensione di invalidità o all'assegno di inabilità, o, mediante accertamento autonomo, abbia quantificato la invalidità permanente inferiore o uguale al 66%.

Resta inoltre inteso che in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro del Dirigente al quale sia stato già riconosciuto, in qualsiasi epoca, uno stato di invalidità permanente superiore ai 2/3, non sarà comunque operativa alcuna garanzia.

Art. 27 BENEFICIARI

In caso di invalidità permanente, il Beneficiario è l'Assicurato stesso.

In caso di decesso, i Beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

L'Assicurato designa i Beneficiari per le prestazioni assicurative in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche, devono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento.

Art. 28 SUICIDIO

In deroga all'articolo 1927 del Codice Civile, la garanzia comprende il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Art. 29 LIMITI DI ETA'

Sia all'atto della stipulazione dell'assicurazione che successivamente possono essere inclusi direttamente in copertura gli Assicurati, così come definiti in PREMESSA, aventi età compresa tra i 18 e i 75 anni.

L'età dell'Assicurato deve essere espressa in anni interi, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione. Qualora siano trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, l'età si determina considerando un anno in più.

Art. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso e invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- a) dolo del Contraente o del beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) 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, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia, tuttavia, è operante nel caso di viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.

In tutti questi casi la Società corrisponderà solamente un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

Si intendono inoltre esclusi i casi di invalidità totale e permanente già denunciati presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza e/o altre Compagnie di Assicurazione prima dell'entrata in vigore del presente contratto e che si concludano con esito positivo.

Art. 31 INGRESSO E PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa per ciascun Assicurato decorre:

- ✓ dalle ore 24,00 della data indicata in frontespizio per l'inizio della convenzione per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
- ✓ dalle ore 24,00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni o promozioni successive alla data di cui al punto precedente,

ed è subordinata all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato nel successivo art. DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Il Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, ad adempiere ai seguenti incarichi:

- comunicare entro 30 giorni dalla data di acquisizione del diritto all'assicurazione nome e cognome degli Assicurati, data di nascita, codice fiscale e capitale da garantire;
- versare il premio di competenza, risultante dall'appendice emessa dalla Società.

Fermo restando il fatto che la garanzia cessa automaticamente alla risoluzione del rapporto di lavoro, le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso di validità del periodo di assicurazione.

La Contraente si impegna altresì a comunicare tempestivamente alla Società i nominativi dei soggetti per i quali viene risolto il rapporto di lavoro nonché la data di cessazione del rapporto di lavoro medesimo.

Almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione la Contraente e/o il Broker dovranno comunicare le modifiche intervenute nel gruppo e dovranno indicare le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato in conformità al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria, Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

Art. 32 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Per Assicurati inclusi in corso d'anno si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi, determinato riducendo il premio annuo in proporzione alla durata della copertura.

Art. 33 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso dell'anno per cause diverse dalla morte sarà rimborsato il rateo di premio, calcolato in 360esimi, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto.

Art. 34 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

In relazione alle finalità del presente contratto, l'assicurazione viene assunta sulla base delle seguenti modalità:

Capitali da CCNL e comunque fino a € 300.000,00	senza presentazione di alcun accertamento di carattere sanitario e indipendentemente dalle attività praticate dal singolo Assicurato
Capitali da € 300.000,01 a € 400.000	attraverso la compilazione da parte degli Assicurati di un apposito questionario semplificato concernente il loro stato di salute fornito dalla Società
Capitali superiori a € 400.000	dopo l'effettuazione delle visite mediche e degli eventuali esami clinici previsti e la compilazione del questionario sanitario.

Per i capitali assicurati superiori a quelli previsti da CCNL, anche a seguito di aumenti del capitale assicurato per assicurazioni già in essere, l'Assicurato dovrà sempre sottoporsi agli accertamenti medici sopra previsti per l'eventuale applicazione di sovrappremi sanitari, professionali e sportivi.

I risultati degli accertamenti sanitari e degli esami effettuati, il cui onere resta a totale carico della Contraente/Assicurato, verranno – di norma – considerati validi per cinque anni, a decorrere dalla data di ingresso in assicurazione, per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. Qualora la Società ritenesse di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Assicurato, lo comunicherà immediatamente alla Contraente.

Art. 35 PREMI DI ASSICURAZIONE

Il premio dovuto dal Contrante, verrà determinato ad ogni ricorrenza annua secondo la tariffa allegata al contratto per l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente per i Dirigenti, aumentata dei relativi diritti.

Il premio annuo per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta e l'importo del capitale assicurato. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Società dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Società.

Art. 36 DOCUMENTI PRODOTTI DALLA SOCIETA'

La Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun versamento, una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'Appendice, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli Assicurati, i relativi capitali, i premi e la durata della garanzia.

Art. 37 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI DECESSO

Per ottenere la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Società i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto.

Tali documenti sono:

- ✓ certificato di morte dell'Assicurato;
- ✓ eventuale documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazione del medico curante attestante la causa del decesso o eventuale referto autoptico);
- ✓ verbale delle Autorità competenti, in caso di morte violenta o accidentale dell'Assicurato;
- ✓ copia dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli articoli 60 e 62 del codice civile nel caso di morte presunta;
- ✓ atto di notorietà redatto in Tribunale o dal Notaio dal quale risulti:
 - a) se l'Assicurato abbia rilasciato o no testamento e, in caso affermativo, che il testamento - i cui estremi sono indicati nell'atto - sia l'unico o l'ultimo e non sia stato impugnato. Nel caso in cui vi sia testamento, copia autentica del relativo verbale di pubblicazione;

- b) chi siano gli eredi legittimi dell'Assicurato al momento del decesso, in caso di Beneficiari designati in modo generico;
- ✓ autorizzazione del Giudice Tutelare sulla riscossione del capitale, se i beneficiari sono minori o incapaci;
 - ✓ fotocopia del codice fiscale o di un documento di identità valido dell'avente diritto;
 - ✓ codice IBAN
 - ✓ eventuali documenti specificatamente previsti dalle Leggi in vigore al momento del pagamento dell'indennizzo;
 - ✓ stato di famiglia.

La Società liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta, previa consegna della relativa quietanza controfirmata.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori a favore dei Beneficiari.

Art. 38 CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE – ACCERTAMENTO DELLO STATO DI INVALIDITA'

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente ovvero l'Assicurato devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti entro 30 giorni dalla data dell'evento.

In tali casi la Società avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.

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

- a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità, quali:
 - copia delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria utili ad attestare lo stato di invalidità;
 - certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o dell'infortunio che ha prodotto l'invalidità;
 - sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatoriamente, ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
 - sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o da suoi incaricati;
 - in caso di invalidità permanente per malattia, fornire alla Società certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia;
 - per i soli Dirigenti assicurati in caso di invalidità e se previsto dalle condizioni contrattuali, copia della dichiarazione INPS attestante il diritto all'assegno ordinario d'invalidità;
 - fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità valido dell'avente diritto;
 - codice IBAN per i pagamenti tramite bonifico;
 - eventuali documenti specificatamente previsti dalle Leggi in vigore al momento del pagamento dell'indennizzo.

Dalla data del timbro postale della raccomandata o dalla data di ricezione mediante posta elettronica certificata (PEC) della denuncia della presunta invalidità, la Società si impegna a mantenere comunque in vigore, anche in fase di proroga, le garanzie di cui al presente contratto relativamente alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, dietro corresponsione del relativo premio da parte della Contraente; se l'invalidità permanente verrà riconosciuta dalla Società, l'obbligo al pagamento del premio cesserà definitivamente e la Società si impegna a restituire alla Contraente un importo pari al premio, al netto dei diritti, eventualmente pagato successivamente alla data di denuncia; se l'invalidità non verrà invece riconosciuta, la copertura assicurativa continuerà ad essere prestata alle presenti condizioni.

Il decesso dell'Assicurato – così come il riconoscimento dell'invalidità derivante da altra causa – intervenuto durante l'accertamento, equivale all'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Società. Previa

consegna della relativa quietanza controfirmata, la Società liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro i successivi 30 giorni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori. Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Per la categoria assicurata Dirigenti e limitatamente ai capitali previsti dagli obblighi di CCNL, verificatisi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti. In tali casi la Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità totale e permanente così come formulato:

- ✓ dall'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento di invalidità;
- ✓ dall'INAIL in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.

Il riconoscimento di tale diritto deve essere comunque conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione 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. Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Qualora entro 12 mesi dalla data di presentazione di tale domanda, l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza non avesse riconosciuto o negato il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e sempreché il suddetto Ente non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente. In tali casi, la Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni. Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento da parte del suddetto Ente, sia essa conforme o meno all'esito della procedura di accertamento diretto tra la Società e l'Assicurato.

L'accertamento autonomo verrà attivato, oltre che nella fattispecie sopra indicata e relativa all'interruzione del rapporto di lavoro, nel caso in cui:

- ✓ la riduzione della capacità lavorativa consenta la prosecuzione del rapporto di lavoro e ci sia una manifestata volontà a proseguire tale rapporto; nella valutazione del grado di invalidità verrà eseguita l'eventuale invalidità già riconosciuta all'atto dell'ingresso in assicurazione;
- ✓ non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità; in tal caso non verrà attribuita alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.'

In tutti i casi in cui sia previsto l'accertamento autonomo, lo stesso prevarrà rispetto a ogni altro accertamento, compresa la pronuncia dell'Ente Previdenziale.

Resta inteso che per la parte di capitale assicurato che ecceda i suddetti limiti di CCNL, la Società procederà ad avviare la procedura di autonomo accertamento impegnandosi ad accertare l'invalidità totale e permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.

Art. 39 SINISTRO CHE COLPISCA PIU' TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone assicurate a seguito di uno stesso evento, fino ad un importo complessivo a carico della Società pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro ed in proporzione ai capitali assicurati.

Art. 40 COLLEGIO ARBITRALE

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente (nei limiti delle leggi in vigore) o l'Assicurato stesso hanno la facoltà di promuovere, con lettera raccomandata AR spedita alla Società, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o, su sua deroga, dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dai medici incaricati o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico 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, ect..). 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 da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, 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 della 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.

ALLEGATO 1

	DATA DI NASCITA	SESSO	CAPITALI ASSICURATI €	
1	26/08/1982	M	200.000	
2	19/06/1979	M		300.000
3	24/02/1984	M	200.000	
4	21/07/1972	F		300.000
5	04/12/1957	M	200.000	
6	31/10/1971	M		300.000
7	16/07/1967	F		300.000
8	19/04/1971	M		300.000
9	30/09/1974	M		300.000
10	05/10/1971	F		300.000
11	27/04/1978	M		300.000
12	02/02/1964	M	200.000	
13	24/10/1975	F		300.000
14	22/08/1969	M		300.000
15	14/08/1982	M		300.000
16	15/08/1982	M	200.000	
17	09/11/1979	F		300.000
18	08/11/1974	M	200.000	
19	13/08/1971	M		300.000
20	03/04/1974	M		300.000
21	06/10/1971	M		300.000
22	04/08/1976	M	200.000	
23	18/05/1971	M		300.000
24	08/05/1974	M		300.000
25	27/09/1980	F		300.000
26	20/08/1979	M		300.000
27	29/06/1970	M		300.000
28	06/05/1980	F		300.000
29	26/05/1972	M		300.000
30	08/02/1974	M		300.000
31	29/08/1974	M	200.000	
32	05/07/1968	M		300.000
33	04/11/1981	M		300.000
34	05/12/1971	M		300.000
35	02/11/1967	F		300.000
36	14/01/1970	M		300.000

Lotto 4 - Capitolato Vita Dirigenti

37	09/12/1967	M		300.000
38	19/12/1975	M		300.000
39	12/11/1977	M		300.000
40	26/01/1975	F		300.000
41	07/06/1979	F		300.000
42	27/08/1984	M		300.000
43	29/06/1972	M		300.000
44	14/08/1970	M		300.000
45	23/10/1972	M		300.000
46	31/01/1961	M	200.000	
47	01/09/1982	F		300.000
48	15/01/1954	M		300.000
49	15/05/1968	M	200.000	
50	05/04/1972	F		300.000
51	07/06/1971	M		300.000
52	13/04/1976	M		300.000
53	29/11/1978	M		300.000
54	31/07/1970	M		300.000
55	09/07/1977	F	200.000	
56	26/09/1974	F		300.000
57	25/08/1977	M		300.000
58	12/09/1977	F		300.000
59	04/03/1983	F		300.000
60	13/10/1973	M		300.000
61	25/06/1964	M		300.000
62	21/06/1976	M	200.000	
63	23/10/1976	M		300.000
64	03/05/1972	M		300.000
65	25/10/1967	M		300.000
66	24/02/1979	M		300.000
67	02/07/1973	F		200.000
68	25/07/1978	F		300.000
69	08/06/1978	M		300.000

DATA

LA SOCIETA'