

**Lotto 6**  
**Capitolato Polizza VITA DIRIGENTI – CIG 7096139F23**

La presente polizza è stipulata tra:

<b>Fondazione Istituto Italiano Tecnologia - IIT</b> <b>Via Morego, 30</b> <b>16163 Genova</b> <b>C.F. 97329350587</b>
---

e


Durata del contratto:

<b>Dalle ore 24.00 del:</b>	<b>.../.../2017</b>
<b>Alle ore 24.00 del:</b>	<b>.../.../2020</b>

Rateazione: annuale

## DEFINIZIONI

**Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.

**Contraente:** Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia (IIT).

**Società:** l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

**Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione.

**Assicurato:** la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Broker:** l'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidato l'incarico di Brokeraggio.

**Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

**Sinistro:** Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Beneficiario:** i soggetti ai quali spettano le somme assicurate nel caso si verifichi l'evento assicurato dal presente contratto.

**Somma Assicurata:** la somma che rappresenta il limite fino al quale la società è obbligata

## PREMESSA

### Art. 1 - Oggetto

Il presente contratto ha come oggetto l'assicurazione contro il rischio di morte e invalidità totale e permanente degli Assicurati, così come definiti al successivo art.2. 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 sono stabiliti in base a precise norme contenute nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, nei Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali.

### Art. 2 - Assicurati

Il contratto è stipulato a favore dei Dirigenti attuali (indicati nella Tabella A) e futuri della Contraente e di aziende controllate, collegate, partecipate, in ottemperanza alle disposizioni contenute nei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure in base a Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

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.

### Art. 3 - Struttura del contratto

Il presente contratto è composto:

- dalla Schema di Polizza,
- dall'elenco degli Assicurati (Tabella A), con indicazione, per ciascuno, dei premi da pagare e del capitale assicurato, rilasciato dalla Società alla Contraente,
- da eventuali Appendici.

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

La Contraente, con la firma del presente contratto, dichiara di aver preso conoscenza e di approvare tutti gli articoli del presente accordo, delle "Condizioni Speciali che regolano l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente per Dirigenti, delle "Condizioni Generali che regolano il contratto di assicurazione sulla vita" e dei relativi Allegati qui sopra citati.

La Contraente dichiara inoltre di dare il proprio assenso sia al trattamento dei dati relativi ai partecipanti al contratto medesimo da parte della Società ai soli fini assicurativi, che dei dati contenuti nella scheda antiriciclaggio Legge 5/7/91 n.197 e s.m.i.

## CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

### **Art. 1 - Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto**

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. 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 variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

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

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

### **Art. 3 – Durata e proroga del contratto**

Il presente contratto, con durata complessiva di 36 mesi, decorre dalle ore 24 del .../.../2017 fino alle ore 24 del .../.../2020 (scadenza anniversaria .../... di ogni anno).

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

E' comunque facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 15 giorni antecedenti la scadenza, il recesso, la cessazione per recesso dovuto a sinistro ed in ottemperanza alle vigenti norme di Legge nonché in caso di risoluzione anticipata del contratto per grave inadempimento, richiedere alla Società di prorogare temporaneamente la presente assicurazione, al fine di espletare o completare le procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo necessario al completamento della procedura avviata dal Contraente per l'individuazione della nuova Società e comunque fino ad un massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale, fatto salvo diverso accordo tra le parti.

### **Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia**

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al .../.../2017 e al .../... di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (.../.../2017), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

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 premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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 dell'Assicurazione.

Le regolazioni di premio per i nuovi ingressi e per le uscite in corso d'anno verranno effettuate in un'unica soluzione a fine anno applicando il tasso netto in corso. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

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

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

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 ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

**Il successivo art. 5 deve ritenersi efficace solo se l'Aggiudicatario ha offerto l'opzione migliorativa di cui all'art.6 – Recesso della Società**

**(Art. 5 – Revisione del prezzo**

*Considerata la natura del contratto non è ammessa la revisione del prezzo ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti", la revisione del prezzo. Tuttavia, qualora in relazione a operazioni straordinarie, si dovesse verificare una variazione del rischio come definita all'art. 1 della presente Sezione,*

*tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, la Società potrà richiedere la revisione del prezzo proporzionalmente al maggiore rischio.*

*Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle nuove quotazione formulate dalla Società, decide in ordine alle stesse. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio".)*

#### **Art. 6 – Recesso della Società (Opzione base)**

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 90 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

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. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

La Società, inoltre, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto, dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "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 alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario**

#### **(Art. 6- Recesso della Società (Opzione migliorativa)**

*La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:*

##### **1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente**

*Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.*

*Nella fattispecie di cui al precedente comma, 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 dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.*

##### **2 – Recesso per aggravamento del rischio**

*Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR ovvero a mezzo PEC (posta elettronica certificata).*

*In tutte le suddette ipotesi di recesso 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. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.*

*La Società, inoltre, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "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.)*

#### **Art. 7 - 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 30 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 entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

#### **Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

#### **Art. 9 - 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. 10 - Foro competente**

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

#### **Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione base)**

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

#### **In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario**

#### **(Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa):**

*Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza. Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.)*

#### **Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società**

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

#### **Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto**

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell'Assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

#### **Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione base)**

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. 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, 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.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;

- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società. 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.

**In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario**

**(Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione migliorativa))**

*Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:*

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. 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, 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.

*La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:*

- *la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;*
- *rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.*

*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.*

*In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero a mezzo PEC (posta elettronica certificata) assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di dell'uno per mille ridotta del 50% a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo maturato nell'inadempimento rispetto ai termini indicati al primo comma del presente articolo e fino al completo e definitivo adempimento degli obblighi assunti dalla Società stessa..*

**Art.15 - Clausola Broker**

La gestione e l'esecuzione della presente assicurazione è affidata al Broker ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

**Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n° 136/2010 e s.m.i.**

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 della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

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. 17 - Rinvio alle norme di legge**

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

**Art. 18- Trattamento dei dati**

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, 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.

**Art. 19 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

**Art. 20 - Coassicurazione e Delega**

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile ....., all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **Art. 21 – Rinvio alle Norme di Legge**

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

#### **Art. 22- Beneficiari**

Beneficiari delle prestazioni assicurative di questo contratto sono i soggetti indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di Categoria ovvero dai Contratti e/o Accordi e/o regolamenti aziendali in vigore.

In assenza di specifiche previsioni:

-in caso di invalidità, Beneficiario è l'Assicurato medesimo

-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 del beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche, devono essere comunicate per iscritto alla società tramite lettera raccomandata A/R a cui va allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Tali modifiche diventano efficaci dal momento in cui la Società stessa ne ha fatto annotazione sull'originale di polizza attraverso emissione di apposita appendice.

La designazione dei beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che la Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;

- dopo la morte dell'Assicurato;

- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In assenza di specifiche designazioni di beneficio:

-in caso di invalidità, Beneficiario è l'Assicurato medesimo

-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.

### **CONDIZIONI SPECIALI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE PER DIRIGENTI**

#### **Art. 1 - Definizione**

L'assicurazione di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente è un'assicurazione collettiva che garantisce, per la durata del Contratto, la copertura dei rischi di morte e di invalidità totale e 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. 2 - Prestazioni**

L'assicurazione, ai sensi dell'Articolo 12 del CCNL Dirigenti Industria prevede, nell'interesse del Dirigente garantisce in caso di morte o in caso di invalidità permanente tale da ridurre in misura superiore ai 2/3 la capacità lavorativa specifica del dirigente, per cause diverse da quelle dell'infortunio comunque determinato e da malattia professionale, una somma di € 150.000,00 quando il Dirigente non abbia figli a

carico né coniuge. La predetta somma sarà pari ad e 220.000,00 quando il nucleo familiare del dirigente interessato risulti composto da uno ovvero più figli a carico e/o dal coniuge.

### **Art. 3 - Rischio di morte**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa (ferme le esclusioni di cui al successivo art. 8 delle condizioni speciali) senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

### **Art. 4 - Rischio di invalidità totale e permanente**

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o sopraggiunto difetto fisico o mentale, abbia visto ridotta in modo permanente ed a meno di un terzo del normale la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini.

### **Art. 5 - Beneficiari**

Il beneficio dell'assicurazione è attribuito:

- in caso di invalidità totale e permanente direttamente all'Assicurato;
- in caso di decesso agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato, salvo diversa designazione fatta per iscritto, tramite lettera raccomandata direttamente alla Società, sull'apposito modulo Variazione-Beneficiari a cui va allegata fotocopia autenticata di un documento di identità dell'Assicurato.

### **Art. 6 - Suicidio**

In deroga all'articolo 1927 del Codice Civile – Suicidio dell'Assicurato - la garanzia comprende il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

### **Art. 7 - Limiti di età**

Sia all'atto della stipulazione dell'assicurazione che successivamente possono essere inclusi direttamente in copertura tutti gli appartenenti al gruppo aventi età compresa tra i 18 e i 70 anni.,  
L'età dell'Assicurato deve essere espressa in anni interi, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione. Qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età si determina considerando un anno in più.

Il Contraente si riserva la facoltà di richiedere alla Compagnia l'inclusione di soggetti con più di 70 anni (*o in alternativa "di soggetti con più di 75 anni" in base alla eventuale offerta migliorativa in sede di gara*) accompagnando la richiesta con un questionario compilato dall'interessato; la Compagnia non sarà obbligata ad inserire detti soggetti che potranno essere inseriti solo dopo valutazione positiva del predetto questionario.

### **Art. 8 - Esclusioni**

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

- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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 della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- 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. 9 - Ingresso e permanenza in assicurazione**

La copertura assicurativa decorre dalla data di richiesta della Contraente alla Società ed è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato nel successivo art. 12;

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

- consegnare l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile dalla Società;
- consegnare gli accordi di cui alla presente assicurazione e le eventuali modifiche;
- versare il premio di competenza;
- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data di nascita e del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e dell'eventuale azienda di appartenenza. Gli elenchi degli assicurati potranno essere forniti su formato digitale, previo accordo con la Società.

La Contraente fornirà inoltre ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Società per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

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 e per le uscite nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Le operazioni di inclusione ed esclusione in corso d'anno, per cause diverse dalla morte o dall'invalidità totale e permanente, così come definite ai successivi art. 10 e 11, verranno perfezionate mensilmente attraverso l'emissione di un'apposita Appendice riepilogativa da parte della Società e pagamento del premio da parte della Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice.

Infine, almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione la Contraente e/o l'intermediario dovranno comunicare, per il conseguente rinnovo, 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, Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore.

#### **Art. 10 - 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 relativo premio annuo in proporzione alla durata della copertura.

#### **Art. 11 – 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, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto.

#### **Art. 12 - Documentazione sanitaria**

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

- per capitali da € 0,00 a € 220.000,00 senza presentazione di alcun accertamento di carattere sanitario o di presentazione di questionario relativo allo stato di salute dell'Assicurato, indipendentemente dalle attività praticate dal singolo Assicurato;
- per capitali da € 220.001,00 a € 350.000,00 attraverso la compilazione da parte degli Assicurati di un apposito questionario semplificato concernente il loro stato di salute fornito dalla Società;
- per capitali superiori a € 350.001,00 dopo l'effettuazione delle visite mediche e degli eventuali esami clinici previsti e la compilazione del questionario sanitario.

In ogni caso per capitali assicurati superiori a € 220.000,00, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, l'Assicurato dovrà sempre dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi, per l'eventuale applicazione di sovrappremi.

La Società si riserva comunque – anche in relazione alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di assicurati ed all'entità dei capitali – il diritto di richiedere particolari documentazioni o ulteriori accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Gli accertamenti sanitari e gli 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. 13 - Premi di assicurazione**

Il Contraente si impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ciascun periodo assicurativo, a corrispondere il premio di assicurazione.

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

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.

#### **Art. 14 - Documenti prodotti dalla società**

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.

Su preventiva ed esplicita richiesta della Contraente, la Società rilascerà annualmente ad ogni singolo Assicurato la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle vigenti normative in materia.

#### **Art. 15- 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.

#### **Art. 16 - Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente – accertamento**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente, ovvero l'Assicurato stesso 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, la Contraente e l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati:

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

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

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

Limitatamente ai capitali previsti dagli obblighi di C.C.N.L. il riconoscimento da parte della Società dello stato di invalidità sarà invece immediato nel caso di avvenuto accertamento al diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.D.A.I., I.N.P.S., ecc) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, purché il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro con la Contraente.

Qualora entro 12 mesi dopo la 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 90 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.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, si farà riferimento alla data di risoluzione del rapporto di lavoro limitatamente ai capitali previsti dal C.C.N.L. di riferimento, purché sia stato corrisposto il relativo premio.

#### **Art. 17 - Sinistro che colpisca più teste**

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone assicurate con singole polizze a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo a carico della Società pari a 6 volte il capitale medio Assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro, con il massimo di € 1.000.000,00 per singola testa e € 5.000.000,00 per evento. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

#### **Art. 18 – 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 della Società - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente o, su sua deroga, dall'Assicurato e 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 vincolati per le Parti, le quali rinunciano fin d'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 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.

#### **Contratto sottoscritto con firma digitale**

**LA SOCIETÀ**

**LA CONTRAENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del Fornitore dichiara, ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Art. 5 – Revisione del prezzo (se offerto art. 6 – Recesso della Società Opzione Migliorativa)

Art. 6 – Recesso della Società (Opzione Migliorativa)

Art. 10 – Foro Competente

Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Base)

Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Migliorativa)

Art. 19 – Estensione territoriale

LA SOCIETÀ'

**Tabella A**

	<b>D.Nascita</b>	<b>Genere</b>	<b>Capitale assicurato</b>
<b>1</b>	26-nov-72	M	€ 220.000,00
<b>2</b>	21-lug-72	F	€ 220.000,00
<b>3</b>	4-dic-57	M	€ 150.000,00
<b>4</b>	31-ott-71	M	€ 220.000,00
<b>5</b>	16-lug-67	F	€ 220.000,00
<b>6</b>	19-apr-71	M	€ 220.000,00
<b>7</b>	30-set-74	M	€ 220.000,00
<b>8</b>	21-apr-65	M	€ 220.000,00
<b>9</b>	5-ott-71	F	€ 220.000,00
<b>10</b>	27-apr-78	M	€ 220.000,00
<b>11</b>	2-feb-64	M	€ 150.000,00
<b>12</b>	24-ott-75	F	€ 220.000,00
<b>13</b>	22-ago-69	M	€ 220.000,00
<b>14</b>	10-dic-74	F	€ 220.000,00
<b>15</b>	23-dic-61	M	€ 220.000,00
<b>16</b>	8-nov-74	M	€ 150.000,00
<b>17</b>	13-ago-71	M	€ 220.000,00
<b>18</b>	6-ott-71	M	€ 220.000,00
<b>19</b>	4-ago-76	M	€ 150.000,00
<b>20</b>	18-mag-71	M	€ 220.000,00
<b>21</b>	8-mag-74	M	€ 220.000,00
<b>22</b>	20-ago-79	M	€ 220.000,00
<b>23</b>	29-giu-70	M	€ 220.000,00
<b>24</b>	26-mag-72	M	€ 220.000,00
<b>25</b>	8-feb-74	M	€ 220.000,00
<b>26</b>	5-lug-68	M	€ 220.000,00
<b>27</b>	8-feb-71	M	€ 220.000,00
<b>28</b>	5-dic-71	M	€ 220.000,00
<b>29</b>	2-nov-67	F	€ 220.000,00
<b>30</b>	14-gen-70	M	€ 220.000,00
<b>31</b>	9-dic-67	M	€ 220.000,00
<b>32</b>	20-apr-72	M	€ 220.000,00
<b>33</b>	8-nov-80	M	€ 220.000,00
<b>34</b>	19-dic-75	M	€ 220.000,00
<b>35</b>	23-nov-67	M	€ 220.000,00
<b>36</b>	12-nov-77	M	€ 220.000,00
<b>37</b>	31-mar-69	M	€ 220.000,00
<b>38</b>	26-gen-75	F	€ 220.000,00
<b>39</b>	7-giu-79	F	€ 220.000,00
<b>40</b>	7-mar-77	M	€ 220.000,00
<b>41</b>	29-giu-72	M	€ 220.000,00
<b>42</b>	14-ago-70	M	€ 220.000,00
<b>43</b>	23-ott-72	M	€ 220.000,00
<b>44</b>	31-gen-61	M	€ 150.000,00

<b>45</b>	5-apr-72	F	€ 220.000,00
<b>46</b>	7-giu-71	M	€ 220.000,00
<b>47</b>	13-apr-76	M	€ 220.000,00
<b>48</b>	29-nov-78	M	€ 220.000,00
<b>49</b>	31-lug-70	M	€ 220.000,00
<b>50</b>	9-lug-77	F	€ 150.000,00

**LA SOCIETÀ**

**LA CONTRAENTE**