

CAPITOLATO DI POLIZZA
VITA DIRIGENTI



e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31/12/2019
Alle ore 24.00 del:	31/12/2021

SEZIONE 1**Art.1 - Definizioni**

Assicurato:	persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa
Anniversario della polizza:	ricorrenza annuale dalla data di decorrenza. È l'istante in cui avviene il rinnovo della copertura assicurativa, se è stato pagato il premio.
Beneficiario /i o avente diritto alla prestazione:	persona/e fisica/che o Giuridica/ che riceverà le somme assicurate dalla Società
Capitale assicurato:	prestazione erogata dalla Società al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità permanente da ogni causa.
Carenza:	periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci.
Caricamenti:	parte del premio versato destinato a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società
Condizioni di assicurazione:	insieme delle clausole che disciplinano il contratto.
Conflitto di interessi:	insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente o degli Assicurati.
Contraente:	persona Giuridica che stipula il contratto collettivo di assicurazione con la Società e che versa alla Società il premio.
Convenzione:	accordo stipulato dalla Società e dal Contraente a copertura del rischio di morte e invalidità totale e permanente da ogni causa.
Costi:	oneri gravanti sui premi versati.
Decorrenza della garanzia:	momenti in cui le garanzie divengono efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Durata contrattuale:	periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni:	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società
Età assicurativa:	viene determinata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.
Grado di invalidità:	riduzione in modo permanente della capacità di lavoro dell'Assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale. Nel caso specifico deve essere in misura non inferiore al 66%.
Impignorabilità insequestrabilità:	e principio secondo cui le somme dovute al Contraente o al/i beneficiario/i non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Liquidazione:	pagamento al Beneficiario/i della prestazione dovuta al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità totale e permanente da ogni causa. È effettuata in Italia e in valuta italiana.
Perfezionamento del contratto:	momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Polizza:	documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione
Polizza caso morte (o decesso):	contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al/i Beneficiario/i qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Nel caso specifico è di tipo temporanea, in quanto il pagamento è previsto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto
Polizza collettiva:	contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati
Polizza di puro rischio:	categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture

	finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso o l'invalidità totale e permanente, e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tale evento.
Premio:	importo versato a fronte del capitale assicurato.
Prescrizione:	estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Questionario medico sportivo:	modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso:	diritto degli Assicurati di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti. Non esiste un diritto formale di recesso, ma esiste la possibilità di non accettazione della copertura da parte dell'Assicurando.
Revoca:	non prevista non essendoci una proposta.
Ricorrenza annuale:	l'anniversario della data di decorrenza del contratto.
Sinistro:	verificarsi dell'evento di rischio assicurato (ovvero il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente da ogni causa) oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.
Società:	impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione
Società di revisione:	società diversa dalla Società che controlla e certifica i risultati della gestione interna separata
Valuta di denominazione:	valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali: è EURO

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA MONOANNUALE DI GRUPPO IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ
TOTALE E PERMANENTE DI GRADO SUPERIORE AL 66%**

CONVENZIONE fra

SISPI Spa - con sede in Palermo, Via Salvatore Denti di Piraino nr. 7- C.A.P. 90142 – C.F. e P. IVA 03711390827, in seguito denominato per brevità "Contraente"

e

La Compagnia

PREMESSO

- che il Contraente in ottemperanza alle disposizioni del C.C.N.L. di categoria oppure in base al Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore, intende stipulare sulla vita dei propri dirigenti, una assicurazione per il caso di morte e invalidità totale e permanente di grado superiore al 66%;
- che la Compagnia ha confermato di essere disponibile a fornire le prestazioni richieste a condizioni di particolare favore;
- che la contraente ha conferito mandato ad AON SPA per la predisposizione e la gestione della suddetta convenzione assicurativa;

VIENE STIPULATA UNA POLIZZA COLLETTIVA ALLE CONDIZIONI CHE SEGUONO:

Art.1- Obblighi e modalità di consegna delle Condizioni di Assicurazione da parte del Contraente agli Assicurati

Il Contraente prende atto che gli assicurati del presente contratto, direttamente o tramite i loro aventi causa, sono portatori di un interesse alla prestazione. In ottemperanza a quanto disposto dalla Circolare IVASS n. 551/D sulla trasparenza il Contraente si impegna a consegnare agli assicurati copia delle condizioni dell'assicurazione stipulata con, integrate dalle eventuali Clausole Speciali di seguito indicate.

Il Contraente è tenuto a consegnare tali condizioni a ciascun assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della presente convenzione. La comunicazione ai dipendenti conterrà anche l'indirizzo della Società e i dati per eventuali reclami, indicando che qualunque comunicazione tra l'Assicurato e la Società dovrà avvenire esclusivamente per il tramite dell'Azienda Contraente e del Broker incaricato.

È in facoltà dell'Assicurato o dei suoi eredi di contattare direttamente la Società nel caso di sinistro o per eventuali reclami, come previsto dalle norme vigenti.

Sezione 2 - Condizioni di assicurazione

Art. 1 – Prestazioni assicurate:

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva monoannuale, che **GARANTISCE LA COPERTURA DEL RISCHIO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA OGNI CAUSA** a un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza annuale dell'assicurazione.

Più precisamente:

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO: consiste nell'impegno della Società a pagare al Beneficiario designato il capitale assicurato, nel caso di decesso dell'Assicurato stesso, avvenuto nel periodo di validità della copertura.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE: consiste nell'impegno della Società a pagare all'Assicurato il capitale designato in polizza, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato stesso che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 66%. Eseguito il pagamento del capitale la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato. Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue normali attitudini, in misura non inferiore al 66%.

Tale assicurazione presuppone inoltre che siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- un unico Contraente;
- copertura di categorie nella loro totalità;
- determinazione del capitale assicurato su ogni testa, in base a criteri uniformi, indipendenti dalla diretta volontà dei singoli.

Art. 2 – Esclusioni dalla copertura per il caso di morte e invalidità totale e permanente

I rischi di morte e di invalidità totale e permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Sono esclusi dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del 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 solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o casi di alcolismo acuto o cronico.

Art. 3 – Limiti di età

Possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età non superiore a 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato il settantesimo anno di età. Tuttavia, per il solo caso morte, la copertura è estesa fino ad anni 75.

L'età dell'Assicurato viene determinata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Art. 4 – Diritto di revoca e di recesso

Non è prevista la revoca per mancanza di proposta.

Non esiste un diritto formale di recesso, ma esiste la possibilità di non accettazione della copertura da parte dell'Assicurando. Entro 30 giorni dalla data da cui è venuto a conoscenza della stipula del presente contratto l'Assicurando può esercitare presso il Contraente il proprio diritto di non accettazione della copertura. Il Contraente comunica alla Società i nominativi di coloro che hanno esercitato tale diritto e la Società provvede a escluderli dalla copertura con effetto immediato.

Art. 5 – Capitali assicurati

I capitali assicurati sono quelli comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base alle norme contenute nei CCNL di categoria oppure nel Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. Essi saranno comunque rispondenti a criteri uniformi, indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati; tali criteri vengono resi noti agli Assicurandi a mezzo appropriata comunicazione aziendale.

Art. 6 – Denuncia

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia entro i successivi due mesi alla Società, per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione Generale della Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante, redatto sul modulo speciale fornito dalla Società. La Società si impegna ad accertare in via diretta (con eventuale costituzione di un apposito collegio arbitrale medico), l'invalidità permanente dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra. L'accertamento del grado di invalidità permanente sarà fatto in Italia e la relativa liquidazione avverrà in valuta italiana.

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

Art. 7 – Accertamento dello stato di invalidità

Si definisce invalidità totale permanente la riduzione superiore a 2/3 (maggiore 66%) della capacità lavorativa generica dell'individuo a causa di malattia o infortunio, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, sopravvenuta a quanto dichiarato in fase assuntiva.

Tale condizione deve essere oggetto di una verifica medico legale che attesti la permanenza dei postumi permanenti, quale una riduzione dell'integrità psicofisica dell'individuo.

I postumi permanenti verranno quindi valutati in base alle tabelle INAIL (ex D.M. 12/07/2000, D.L. 38/2000 e successive modifiche e integrazioni). Il danno viene inteso come danno alla persona nella sua globalità il quale pregiudica l'integrità fisica-psichica del soggetto ripercuotendosi di conseguenza su tutte le sue attività e capacità.

L'attività lavorativa dell'Assicurato riguarda il complesso di attività adeguate al patrimonio attitudinale-professionale del soggetto.

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti facendo pervenire alla Direzione della Società, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante, redatto su modulo speciale che la Società fornisce gratuitamente, sulle cause della lesione che ha prodotto l'invalidità, nonché la data in cui si è verificato l'infortunio.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità totale permanente entro 60 giorni dalla consegna della documentazione completa, come indicato al successivo articolo, ed a mettere a disposizione degli aventi diritto la prestazione dovuta entro 30 giorni dall'accertamento dell'invalidità stessa.

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

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

Fino all'accertamento dello stato di invalidità da parte della Società tutti i premi della presente garanzia devono essere regolarmente corrisposti. L'accertamento di invalidità, però, avviene con effetto dal momento di ricezione della denuncia alla Direzione della Società che pertanto rimborsa i premi, in scadenza nel periodo intercorrente tra la denuncia e l'accertamento dell'invalidità, che siano stati nel frattempo corrisposti.

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) 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.

Art. 8 – Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, l'Assicurato ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento spedita alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici di cui uno nominato dalla Società, l'altro dall'Assicurato e il terzo scelto di comune accordo tra le due parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale ove ha sede la Direzione della Società.

Il Collegio arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura. Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art. 9 – Sospensione del pagamento del premio nel corso dell'accertamento dell'invalidità arbitrale

Dalla data del timbro postale della raccomandata di cui all'Art. 8 il Contraente sospende il pagamento del premio, contrattualmente dovuto, relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie contrattualmente prestate; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal collegio arbitrale di cui all'Art. 8, l'obbligo al pagamento del premio, qualora contrattualmente dovuto, cessa definitivamente; se l'invalidità non viene invece riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere alla data di denuncia dell'invalidità, se contrattualmente dovuti, aumentati degli interessi di reintegro valuta.

Art. 10 - Pagamento dei capitali assicurati

Al verificarsi dell'evento assicurato, sempreché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato definito all'Art. 5.

Per tutti pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, in originale o copia conforme.

Il pagamento è effettuato in Italia e in valuta italiana. Per i pagamenti conseguenti a DECESSO dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo fornito dalla Società;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società;
- eventuale atto notorio dal quale risulti se l'Assicurato abbia lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

Per i pagamenti conseguenti ad accertata INVALIDITA' dell'Assicurato, si rimanda ai precedenti Articoli 9 e 10. Ogni pagamento viene effettuato agli aventi diritto entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa richiesta dalla Società, per il tramite del Contraente, presso la Direzione di Roma. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

Art. 11 – Premi di assicurazione

Il premio di assicurazione per ogni Assicurato sarà determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in base ai tassi di premio, con riferimento al sesso e all'età raggiunta dall'Assicurato/a e all'importo del capitale assicurato. L'età raggiunta è calcolata in anni interi trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

Nel caso di copertura di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio ottenuti riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Per le uscite in corso d'anno per cause diverse dagli eventi assicurati di cui verrà data comunicazione entro l'annualità assicurativa, verrà rimborsato il rateo di premio, al netto dell'importo fisso, relativo al periodo di mancata esposizione al rischio e determinato mediante riduzione proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

Art. 12 – Beneficiari dell'Assicurazione

I Beneficiari dell'assicurazione saranno:

per il caso di morte:

I soggetti indicati dall'Assicurato stesso o – in mancanza di designazione -gli eredi testamentari o – in mancanza di testamento – gli eredi legittimi;

per il caso di invalidità totale e permanente:

L'Assicurato stesso.

Il Contraente si impegna a comunicare al più presto alla Società ogni sinistro che si verifichi fra gli Assicurati nel corso dell'anno di assicurazione e provvede all'invio dei documenti necessari per la liquidazione del sinistro. La Società provvederà al pagamento delle prestazioni assicurate direttamente ai Beneficiari.

Art. 13 – Foro Competente

Per le controversie nascenti tra l'Assicurato i suoi eredi o il Beneficiario da una parte, e il Contraente o la Società dall'altra, sarà competente il Foro nella cui giurisdizione si trova la residenza o il domicilio dell'Assicurato, dei suoi eredi o del Beneficiario.

Per qualsiasi controversia riguardante la Convenzione, stipulata tra il Contraente e la Società, sarà competente il Foro nella cui giurisdizione si trova la sede legale del Contraente.

SEZIONE 3 - CLAUSOLE SPECIALI OPERANTI

Art. 1 – Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino a un importo complessivo pari a otto volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art. 2 - Obblighi relativi al trattamento dei dati personali

1. In relazione al trattamento di dati personali, eventualmente anche sensibili, riguardanti gli Assicurati, *[loro familiari, parenti o comunque Beneficiari della polizza collettiva]* di cui alla presente convenzione, il Contraente si impegna a:

- a) raccogliere e trattare tali dati soltanto per le finalità e con le modalità strettamente necessarie all'esecuzione delle attività oggetto della presente convenzione, conformandosi pienamente alle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, e successive modificazioni e integrazioni (di seguito la "Normativa sulla privacy");
- b) curare, per conto della Società e con specifico riferimento al trattamento dei predetti dati personali, l'adempimento di ogni obbligo richiesto dalla Normativa sulla privacy in relazione alle attività oggetto del contratto e, in particolare, degli obblighi di informativa alle persone cui si riferiscono i dati (es. i dipendenti) e, ove previsto, dell'acquisizione del loro consenso, secondo le prassi e la modulistica indicate dalla presente convenzione o comunque dalla Società;
- c) non divulgare o cedere a terzi i dati personali di cui sia venuto in possesso o a conoscenza in esecuzione delle attività di cui alla presente convenzione, comunicando tali dati nei limiti ivi stabiliti o preventivamente autorizzati dalla Società e adottando ogni misura idonea ad assicurare la riservatezza e la sicurezza degli stessi dati.

2. Il Contraente dichiara inoltre di essere informato che i propri dati personali saranno necessariamente oggetto di trattamento da parte di strutture e personale preposti dalla Società, anche mediante strumenti elettronici, per l'esecuzione degli obblighi scaturenti dalla presente convenzione e dai connessi adempimenti amministrativi, secondo le modalità e nei limiti indicati nella medesima convenzione. Il Contraente potrà in qualunque momento rivolgersi a, per ogni eventuale richiesta di accesso, rettifica o aggiornamento dei propri dati personali e per l'esercizio degli altri diritti previsti dalla Normativa sulla Privacy (art. 7 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196).

Art. 3 – Decorrenza e durata della Convenzione

La presente polizza decorre dalle ore 24 del 31.12.2019 e scadrà alle ore 24 del 31.12.2021.

Il contratto avrà una durata di 24 mesi e cesserà irrevocabilmente e senza obbligo di disdetta alla scadenza delle ore 24 del 31.12.2021.

Al 31/12 di ogni anno viene fissata la data di ricorrenza annuale di riferimento per il nuovo calcolo dei premi. Gli iniziali aventi diritto entreranno in assicurazione con effetto dalle ore 00.00 del 01/01, dietro pagamento del relativo premio, come specificato al successivo punto. Per gli Assicurati che entreranno in garanzia successivamente, il premio iniziale sarà invece commisurato al periodo intercorrente tra la data di inizio delle rispettive coperture e la data di ricorrenza annuale immediatamente successiva.

Art. 4 – Variazione degli assicurati in corso di contratto

La copertura per ciascun Assicurato decorre dalla data comunicata dal Contraente e si intende:

- a) dalle ore 0,00 della data di primo inizio della convenzione per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
- b) dalle ore 0,00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni e promozioni successive alla data di cui al punto a)

e termina dalla data in cui è intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro.

Alla data di inizio della Convenzione il Contraente fornisce alla Società l'elenco degli assicurati da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, data di nascita, sesso, codice fiscale, categoria di appartenenza, capitale da assicurare.

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società ogni variazione in entrata e in uscita che intervenga nel corso dell'annualità assicurativa. Le variazioni del personale assicurato potranno essere fornite alla Società anche attraverso un tracciato riepilogativo che dovrà essere inviato, in formato elettronico, entro i cinque giorni successivi alla chiusura del mese a cui fanno riferimento.

Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà all'emissione delle appendici di variazione.

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

Si ricorda che l'ammissione nell'assicurazione, in relazione all'entità dei capitali richiesti, avviene secondo i termini riportati nelle Condizioni di Assicurazione; la documentazione necessaria per la valutazione del rischio viene trasmessa alla Società dal Contraente, per il tramite del Broker incaricato.

Art. 5 - Pagamento del premio e delle regolazioni

La copertura verrà prestata dalla Società dietro pagamento da parte del Contraente di premi commisurati al tasso della tariffa adottata allegata alla presente convenzione; la prima rata di premio e il premio delle rate successive devono essere pagata entro 60 giorni dalla data di consegna del contratto al Contraente in deroga all'art.1901 c.c.

Il premio annuale alla data di decorrenza della copertura, verrà pagato in unica rata, dietro presentazione da parte della Società dell'elenco riepilogativo degli assicurati, dei capitali e dei premi dovuti per ciascun Assicurato.

Le rate di premio successive debbono essere pagate, contro quietanze o nuovi elenchi riepilogativi emessi dalla Direzione Generale, al Broker cui è assegnata la polizza.

Art. 6 – Documenti contrattuali

La Società rilascerà al Contraente:

- 1) all'inizio del contratto e all'inizio di ogni anno successivo, la Polizza con elenco degli Assicurati risultanti in garanzia al 31/12, comprensiva dei capitali e dei premi;
- 2) in corso d'anno le appendici di variazione degli Assicurati;

Il premio relativo alle appendici di variazione di cui al punto 2 dovrà essere versato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

La Società non emette documenti riepilogativi. Eventuali rilievi sui dati riportati sui documenti dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dal ricevimento. In mancanza di rilievi il documento si intenderà controllato e ritenuto esatto.

Art. 7 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire a richiesta del Contraente, entro 180 giorni da ciascuna scadenza annuale, l'andamento dei sinistri.

Art. 8 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla Aon S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 10% (dieci per cento) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso della validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti, il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 9 - Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali 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 il Contraente.

c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente 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. 10 - Rinvio alle norme di legge

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

L'ASSICURATO

LA SOCIETÀ

ELENCO DEGLI ASSICURATI

ASSICURATI	DATA DI NASCITA	CAPITALE ASSICURATO MORTE	CAPITALE ASSICURATO I.P.
DONNA	18/04/1971	€ 300.000=	€ 300.000=
UOMO	29/06/1960	€ 300.000=	€ 300.000=
