

LOTTO N.6

POLIZZA VITA DIRIGENTI

CODICE CIG: _____

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO - POLIZZA

La presente polizza è stipulata tra

ITEA Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa S.p.A.
Via Guardini, 22
38121 – TRENTO
P.IVA 00123080228

e

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	01.01.2018
Alle ore 24.00 del :	01.01.2023

Con pagamento:

Annuale al :	01.01
---------------------	--------------

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

SEZIONE 2 – PRESTAZIONI DELL’ASSICURAZIONE

Art. 1 – Prestazioni

Art. 2 – Limiti di età

Art. 3 – Ingresso e permanenza in assicurazione

Art. 4 – Esclusioni

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato

Art. 6 – Documentazione sanitaria, accertamenti e dichiarazioni dell’Assicurando

Art. 7 – Beneficiari

Art. 8 - Foro competente

Art. 9 - Clausola Broker

Art.10 – Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

SEZIONE 3 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 1 – Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell’assicurazione

Art. 2 – Durata del contratto e della posizione assicurativa

SEZIONE 4 – PREMI

Art. 1 – Premi di assicurazione

Art. 2 – Documenti prodotti dalla Società

Art. 3 – Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

SEZIONE 5 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 1 – Pagamenti della Società

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

Art. 1- Accertamento

Art. 2 – Collegio arbitrale

Elenco Dirigenti

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita
Beneficiario	La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Costo percentuale (caricamento)	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.
Data di decorrenza del contratto	La data di riferimento, indicata in contratto, per il calcolo delle prestazioni contrattuali
Data di ricorrenza	La data in cui la Società richiede il pagamento del premio monoannuale per ciascuna posizione individuale, al fine di consentire il rinnovo della copertura assicurativa.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace
Età assicurativa	Modalità di calcolo dell'età dell'assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso ed alle caratteristiche assicurative e finanziarie del contratto
Premio monoannuale	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere all'inizio di ogni anno assicurativo per dare efficacia all'assicurazione
Prestazione assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il Contraente chiede alla Società di stipulare il contratto di assicurazione
Questionario sanitario per l'assicurazione sulla vita	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione

SEZIONE 2 - PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prestazioni

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

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

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

Evento che colpisca più teste

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

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

Capitali assicurati

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

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

Art. 2 - Limiti di età

Possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi un'età non inferiore a 18 e non superiore a 75 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 75 anni di età.

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

Art. 3 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Ai fini dell'ingresso in assicurazione, il Contraente fornirà alla Società l'elenco delle persone da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, premio da versare.

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Dirigente avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda, sempre che, entro 10 giorni da tale data, il Contraente faccia apposita comunicazione scritta alla Società.

Qualora la suddetta comunicazione venga fatta successiva-mente, l'ingresso in assicurazione del nuovo Dirigente avviene dalle ore 00.00 della data di invio della comunicazione del Contraente alla Società.

La garanzia assicurativa è operativa, a condizione che venga pagato il premio entro trenta giorni dalla data di emissione dell'appendice della polizza-elenco.

Esso fornirà inoltre ogni tipo di documentazione richiesta nel successivo Art. 6 o che fosse richiesta per l'inserimento degli assicurandi nel contratto collettivo o per il pagamento delle prestazioni garantite.

La permanenza in garanzia cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto come Dirigente.

Nel caso la risoluzione avvenga in corso d'anno la Società provvederà a restituire l'eventuale rateo di premio versato, calcolato in proporzione al periodo di mancata esposizione al rischio, a condizione che il Contraente

comunicati per iscritto alla Società l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro del Dirigente entro 30 giorni dalla data di risoluzione del rapporto lavorativo stesso.

Qualora tale comunicazione fosse inviata successivamente, il calcolo del rateo di premio sarà conteggiato dalla data di invio della comunicazione e non dalla data di cessazione del rapporto di lavoro del Dirigente.

Art. 4 - Esclusioni

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

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

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

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio che viene assunto da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

Art. 6 - Documentazione sanitaria, accertamenti e dichiarazioni dell'Assicurando

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

- per capitali assicurati sino a 220.000,00 euro, senza accertamenti sanitari;
- per capitali assicurati superiori a 220.000,00 euro e sino a 250.000,00 euro mediante sottoscrizione del Dirigente di apposito questionario anamnestico. In base alle risposte, la Società si riserva di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a 250.000,00 euro, mediante esibizione dei risultati di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

La Società, entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta, si riserva, in base alle risultanze di tali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente.

Art. 7 - Beneficiari

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

In assenza di tali previsioni:

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

Art. 8 - Foro competente

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

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

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

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

Art. 9 - Clausola Broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società indicata nella Scheda di Polizza in qualità di Broker, ai sensi del D. Lgs. n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'Assicurato 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. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i Premi. La Società pertanto, riconosce che il pagamento dei Premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 2,99% sul Premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Qualora, nel corso della vigenza del contratto assicurativo, l'Amministrazione venga a definire con il Broker, Aon S.p.A. o altro Broker, una percentuale sul premio imponibile diversa di quella sopra indicata, il premio da corrispondere alla Società sarà adeguato nella stessa misura percentuale.

Art.10 – 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

SEZIONE 3 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

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

L'assicurazione entra in vigore dalle ore 00.00 del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione

Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Dirigente, del premio dovuto e del capitale assicurato.

Si conviene tra le parti che i premi richiesti dalla Società dovranno essere versati entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte del Contraente della suddetta polizza-elenco.

Art. 2 - Durata del contratto e della posizione assicurativa

Il presente contratto ha validità dalle ore 00.00 del 01.01/2018 alle ore 00.00 del 01.01.2023 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il contratto, quindi, avrà la durata complessiva di 5 anni dalla data di effetto dello stesso eventualmente rinnovabili, di anno in anno, per ulteriori due anni alle medesime condizioni di cui al presente contratto, ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs. 50/2016.

Il Contraente e la Società si riservano inoltre la facoltà di recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia, mediante comunicazione raccomandata, inviata almeno 120 giorni prima della data di scadenza.

SEZIONE 4 – PREMI

Art. 1 - Premi di Assicurazione

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

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

Al valore così ottenuto verrà aggiunto un importo fisso, per ogni testa da assicurare, pari a euro 1,00.

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

Art. 2 - Documenti prodotti dalla Società

La Società rilascerà al Contraente - in occasione di ciascun versamento - una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un’Appendice-distinta facente parte integrante del contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell’Appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi l’Appendice-distinta s’intenderà controllata e ritenuta esatta.

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

Art. 3 - Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

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

Il mancato pagamento di una annualità di premio determina, trascorsi 45 giorni dalla data di rinnovo delle posizioni assicurative, la risoluzione del contratto.

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

SEZIONE 5 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 1 - Pagamenti della Società

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 6 – CONDIZIONI DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**Art. 1 - Accertamento**

Accertata l'invalidità, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società a mezzo raccomandata A.R. La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente così formulato: - all'atto del riconoscimento, da parte dell'INPS, dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità; - all'atto del riconoscimento, da parte dell'....., di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore ai due terzi la capacità lavorativa specifica e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente. Il suddetto diritto deve essere riconosciuto dall'Ente preposto prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento. Per l'eventuale parte di capitale eccedente quello previsto dal C.C.N.L., il Contraente o l'Assicurato devono, accertata l'invalidità, farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla medesima, a mezzo lettera raccomandata A.R., il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni e si riserva di sotto-porre a visita medico legale l'Assicurato, che dovrà esibire tutta la documentazione sanitaria, necessaria per formulare il giudizio tecnico. A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati: a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato; b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o dell'infortunio che hanno prodotto l'invalidità. Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Art. 2 - Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere – con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Società – la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società il secondo dalla Contraente o – su sua delega – dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei medici risiede nel Comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale, ove lo creda opportuno, potrà esperire – senza obbligo di sentenza – qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio ecc).

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di dolo, violenza, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

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

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, di cui al primo comma del precedente articolo, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)

Costituente parte integrante della polizza di assicurazione Vita Dirigenti

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

1 CONTRAENTE:	ITEA SPA
----------------------	----------

2 DURATA CONTRATTUALE:	Anni 5 dalle ore 24.00 del alle ore 24.00 del
-------------------------------	---

3 RISCHIO ASSICURATO:	Vita
------------------------------	------

4 CATEGORIE ASSICURATE:	
A	Dirigenti

5 SOMME ASSICURATE PROCAPITE:		
	Morte	Invalità Permanente
	€ 220.000,00	€ Nessuna

6	TASSI NETTI PER OGNI 1.000 € DI CAPITALE (da compilare in sede di offerta)						
Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
19		34		49		64	
20		35		50		65	
21		36		51		66	
22		37		52		67	
23		38		53		68	
24		39		54		69	
25		40		55		70	
26		41		56		71	
27		42		57		72	
28		43		58		73	
29		44		59		74	
30		45		60		75	
31		46		61			
32		47		62			
33		48		63			

7	Diritti e diritti di emissione per ciascun Assicurato
	Nessun diritto

8	ASSICURATI	
	Nome e Cognome	Data di Nascita
	IVANO GOBBI	01.08.1964
		Sesso
		M

9 OFFERTA ECONOMICA (premi lordi comprensivi di diritti e diritti di emissione)	
.....	Euro.....(cifre) Euro(lettere)
=====	Euro.....(cifre) Euro(lettere)
Premio lordo annuo complessivo (BASE PER L'AGGIUDICAZIONE)	Euro.....(cifre) Euro(lettere)

10 ACCETTAZIONE

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

L'ASSICURATORE

IL CONTRAENTE