

COPERTURA ASSICURATIVA POLIZZA VITA IPT DIRIGENTI

La presente polizza è stipulata tra

TRENTINO DIGITALE SpA
Via G. Gilli, 2
38121 Trento
P. IVA 00990320228
Codice CIG: Z023D1A8E0

E

Società Assicuratrice
Gestione del contratto affidata a:

Via _____ n. _____ cap _____

Email: _____@_____ PEC: _____@_____

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del :	01.01.2024
Alle ore 24.00 del :	01.01.2025
rateazione annuale	Scad. 01.01

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.
Broker- Intermediario :	AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e che corrisponde il relativo premio, ovvero TRENTINO DIGITALE Spa
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 prestazione assicurata
Società	La Compagnia assicurativa (nonché le eventuali coassicuratrici) identificata nei documenti di polizza che, verso il pagamento del premio, si obbliga a garantire le prestazioni contrattuali previste in polizza

SEZIONE 2 - PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prestazioni

L'assicurazione di gruppo di cui al presente contratto è un'assicurazione in forma collettiva pluriennale 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 - 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'invalità totale e permanente riconosciuta o abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e queste si concludano con esito positivo.

Art. 4 - 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. 5 - 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 300.000,00 euro, senza accertamenti sanitari;

Art. 6 - 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'invalità totale e permanente, Beneficiario è l'Assicurato medesimo.

Art. 7 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria di Trento

Art. 8 – Organismo di mediazione

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 presso l'Autorità Giudiziaria di Trento

Art. 9 - Clausola Broker

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

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o 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 e/o assicurato stesso. Si precisa

che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società 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 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a 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 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione, che corrisponde al 1,98% di ogni premio imponibile, sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

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

Art. 11 - Trattamento dei dati

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

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazione del rischio

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 13 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo 12) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazione del rischio, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023 la revisione del premio o delle condizioni contrattuali, entro il limite massimo del 5%.

b) Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 14 - Coassicurazione e Delega (se operante)

È ammessa, altresì, la partecipazione di compagnie in coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile con copertura del 100% dei rischi, a patto che la Compagnia designata quale delegataria assuma una quota di rischio non inferiore al 60% del totale e siano espressamente indicate nell'offerta le coassicuratrici partecipanti unitamente alle

rispettive quote di rischio assunte, non inferiore alla quota del 20% per ciascuna di esse. Come disposto dalle linee guida Anac (deliberazione n. 618 dell'8.6.2016), nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad un raggruppamento temporaneo di imprese o ad un raggruppamento di imprese in coassicurazione, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente (TRENTINO DIGITALE Spa).

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.

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 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione

Ad ogni scadenza annuale del contratto sarà emesso dalla Società un nuovo elenco con indicazione, per ciascun Dirigente, del premio dovuto e del capitale assicurato.

Art. 2 - Durata del contratto

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato in frontespizio; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – TERMINI DI RISPETTO, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni, anche nel caso in cui venga inviata la disdetta annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012 ss.mm.ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

Art. 3 – Recesso per Sinistro

Non si applica al presente contratto

Art. 4 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

- entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa;
- entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto;

- nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso;
- oltre la scadenza contrattuale, al 30.09 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®, editabile ed utilizzabile dal Contraente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 30 giorni precedenti, così articolato:

- sinistri denunciati
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- sinistri senza seguito o respinti (per questi ultimi mettendo a disposizione la motivazione scritta);

Il dettaglio dei sinistri dovrà indicare per ciascuno sinistro:

- numero sinistro attribuito dall'assicuratore;
- struttura del Contraente dove il sinistro è accaduto e in ogni caso il luogo di verifica dell'evento;
- data denuncia;
- valore del danno denunciato;
- stato sinistro;
- causale del sinistro;
- valore degli scoperti-franchigie applicati in sede di liquidazione;
- data della liquidazione.
- Motivazione sintetica relativa ai sinistri senza seguito e/o respinti.

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 e comunque entro 15 (quindi) giorni dalla richiesta. L'obbligo di cui al presente articolo permane anche dopo la scadenza del contratto.

SEZIONE 4 – PREMI**Art. 1: Pagamento del premio - Termini di rispetto**

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

Il Contraente pagherà al Broker incaricato:

- entro 60 giorni dalla data di efficacia del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso
- entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione
- entro 60 giorni dalla data di prosecuzione della polizza, in caso di attivazione della proroga tecnica di cui al precedente art. 2 "Durata del contratto"

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato eventualmente pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm. ii. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm. ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex art. 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker

Art. 2 – Criteri di calcolo del premio

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.

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. 3 - 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. 4 - 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 60 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 – Obblighi in caso di sinistro**

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa, a mezzo PEC e/o 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 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 – Oggetto della copertura**

L'assicurazione di cui al presente contratto é un'assicurazione collettiva che garantisce la copertura del rischio morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati specificati alla SCHEDA DI POLIZZA che segue, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

La garanzia comprende anche il rischio di suicidio, con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione

Art. 2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

La copertura assicurativa rispetto ai singoli assicurati decorre dalle ore 24.00 della data di richiesta di copertura del Contraente alla Società.

Il Contraente fornirà alla Società l'elenco degli assicurandi da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi :

- Nome
- Cognome
- Codice Fiscale
- Sesso
- Data di nascita
- Capitale da assicurare

Essa fornirà altresì ogni tipo di documentazione che fosse richiesta dalla Società per l'inserimento degli assicurandi nella collettiva o per il pagamento della prestazioni garantite. Non sono assicurabili coloro che siano già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione della propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le normali abitudini, a meno del 50% o avessero già in corso accertamenti a tale scopo, prima del loro ingresso in copertura.

La garanzia nei confronti dei singoli assicurati cessa al momento della comunicazione a tal scopo alla Società da parte del Contraente il quale indicherà gli estremi della posizione individuale ed il motivo della cessazione della copertura assicurativa.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenisse prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà al Contraente il rateo di premio relativo al periodo subannuale per il quale la copertura non é più richiesta.

Art. 3 – Sinistro che colpisca più teste

L'Assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale. In tal caso l'esposizione massima della Società non potrà eccedere un importo pari a sei volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art. 4 – Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dalla presente polizza sono i soggetti previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. In assenza di tali previsioni:

- 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;
- In caso d'invalidità totale e permanente, beneficiario è l'assicurato medesimo.

Art. 5 – Condizioni che regolano il rischio di invalidità totale e permanente

A) In caso di invalidità totale e permanente conseguente ad infortunio o malattia dell'Assicurato intervenuti nel corso della durata contrattuale, la Società corrisponde al Beneficiario il capitale assicurato sempreché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi. S'intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno in occupazioni confacenti le sue attitudini, in misura superiore al 50% della propria capacità lavorativa, sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro

B) Viene esclusa la copertura per i casi di invalidità causati da :

- ☒ partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi e fatti di guerra
- ☒ incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di idoneo brevetto e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Viene altresì esclusa in quei casi in cui l'Assicurato abbia in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza, prima dell'ingresso in assicurazione e queste si siano concluse con esito positivo.

C) Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono fare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, specifica certificazione medica attestante il sopravvenuto stato di invalidità ed il relativo grado della stessa, nonché la documentazione medica corredo di tale attestazione; la Società dovrà essere inoltre informata della contestuale esistenza di una pratica di riconoscimento dell'invalidità avviata presso l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza.

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

Nei casi in cui l'invalidità sia stata riconosciuta dall'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza, s'intenderà riconosciuta anche ai fini del presente contratto purché :

- ☒ l'età dell'Assicurato non sia superiore a 75 anni
- ☒ la denuncia sia stata comunicata alla Società entro 60 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza
- ☒ Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato si fa riferimento alla prestazione garantita al momento della denuncia di cui al presente articolo o al momento della denuncia presentata all'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza in seguito alla quale l'Ente abbia riconosciuto l'invalidità.

D) A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di 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 comunque il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di propria fiducia.

E) Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione entro trenta giorni dalla data del riconoscimento dell'invalidità purché alla Società sia pervenuta tutta la documentazione necessaria ad eseguire il pagamento; decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori. Non sono comunque imputabili alla Società ritardi ad essa non ascrivibili.

F) Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, di promuovere con comunicazione da trasmettersi tramite lettera raccomandata, la formazione di un collegio arbitrale. Tale collegio sarà formato da tre medici, uno nominato dalla Società, l'Altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo tra le parti.

In caso di mancato accordo sul terzo arbitro, lo stesso verrà nominato dal presidente dell'Ordine dei Medici avente sede ove risiede l'Assicurato. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il termine di 30 giorni senza formalità di procedura. Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire qualsiasi accertamento di carattere preliminare od incidentale.

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

G) Dalla data di ricevimento della raccomandata di denuncia del sinistro di cui al punto C) che precede, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società s'impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate. Se l'invalidità viene riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale l'obbligo al 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.

Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 7 - 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 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. 8 - 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 o dalla data di invio della PEC, 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.

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

1 CONTRAENTE:	TRENTINO DIGITALE Spa
----------------------	-----------------------

2 DURATA CONTRATTUALE:	Anni 1 Da ore 24.00 del 01.01.24 A ore 24.00 del 01.01.25
-------------------------------	---

3 RISCHIO ASSICURATO:	Vita IPT Dirigenti
------------------------------	--------------------

4 CATEGORIE ASSICURATE:	
A	Dirigenti

5 SOMME ASSICURATE PROCAPITE:	
Morte e IPT	Note
€ 300.000,00 (o €. 356.273,69)	dirigente con figli a carico e/o coniuge
€ 200.000,00	dirigente senza figli a carico né coniuge

6 TASSI NETTI PER OGNI 1.000 € DI CAPITALE (da compilare in sede di offerta)											
Età	Tasso		Età	Tasso		Età	Tasso		Età	Tasso	
	M	F		M	F		M	F		M	F
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	Sesso	Capitale assicurato	Premio annuo imponibile
Dirigente A)	28.05.1960	F	- €. 356.273,69	€. //
Dirigente B)	30.09.1969	M	- €. 300.000,00	€. //
Dirigente C)	03.07.1963	M	- €. 300.000,00	€. //
Dirigente D)	19.04.1961	M	- €. 300.000,00	€. //
Dirigente E)	30.01.1961	M	- €. 356.273,69	€. //
Dirigente F)	17.08.1967	M	- €. 200.000,00	€. //
Dirigente G)	15.05.1972	M	- €. 300.000,00	€. //

Scomposizione del premio annuo

Premio annuo imponibile	€	////////////////////////////////////
Imposte	€	////////////////////////////////////
TOTALE PREMIO ANNUO LORDO	€	////////////////////////////////////

ART. 9 RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

ART. 10 DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme. Pertanto, le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma digitale apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

- Art. 7, Sez. 2 – Foro competente.
- Art. 2, Sez. 3 – Durata del contratto
- Art. 3, Sez. 3 – Recesso per sinistro;
- Art. 1, Sez. 5, - Obblighi in caso di sinistro

IL CONTRAENTE