Lotto n. 6
Capitolato Speciale

Polizza Morte e Invalidità Totale e Permanente
Stipulata tra:

Autorità Portuale di Napoli
Piazzale Pisacane
Cap 80133 Città Napoli
P.IVA n. 00705640639

e

[Nome Società]
Via.....
Cap.....Città.....
P.IVA
n.....

Effetto:	dalle ore 24.00 del 30/11/2016
Cessazione:	alle ore 24.00 del 30/11/2019
Scadenza anniversaria	al 30/11 di ogni anno

IL DIRIGENTE
Ufficio Contratti ed Economato
Dott. Renato NOTARANGELO

Sezione 1 – Definizioni, soggetto e attività assicurata

Art. 1 - Definizioni

Le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Società, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione e, pertanto, il Dirigente sulla cui vita è stipulta l'assicurazione. Per Assicurato si intendono tutti i Dirigenti del Contraente, attuali e futuri, aventi un'età compresa fra i 18 ed i 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano il compimento, rispettivamente, del settantaseiesimo anno di età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione. L'assicurazione di gruppo di cui alla presente polizza è un'assicurazione collettiva, che garantisce la copertura del rischio di morte o di invalidità totale e permanente degli assicurati, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.
Broker	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n. B000055861.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente	L'Azienda che stipula il contratto: Autorità Portuale di Napoli
Età	Età dell'Assicurato alla data di effetto della Polizza
Garanzie	Le prestazioni oggetto dell'assicurazione dovute dalla Società.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Elenco	Elenco degli Assicurati con indicazione della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Società	L'Impresa Assicuratrice

Art. 2 – Procedura di acquisizione

Procedura aperta *ex* art. 60 del D.Lgs. 50/2016.

Criterio di aggiudicazione: Minor prezzo *ex* art. 95, comma 4, del D.Lgs. 50/2016.

Art. 3 - Premessa e descrizione del rischio

L'Autorità Portuale di Napoli in ottemperanza alle disposizioni dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o in base al Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore, intende stipulare a favore del proprio personale dirigente, attuale e futuro, e del legale rappresentante dell'Ente, un'assicurazione per il caso di morte e invalidità totale e permanente che determini la risoluzione del rapporto d'impiego nei confronti del proprio personale direttivo.

L'Autorità Portuale di Napoli assumerà la contraenza dell'assicurazione in favore degli Assicurati come definiti in premessa e provvederà al versamento del premio.

I capitali garantiti saranno liquidati: in caso di invalidità totale e permanente agli assicurati; in caso di morte, alle persone designate dall'assicurato o, in mancanza delle stesse, agli eredi legittimi.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva

stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni tre con effetto dalle ore 24.00 del 30/11/2016 e scadenza alle ore 24.00 del 30/11/2019.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 30/11/2019.

E' però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza o la cessazione, per qualsiasi causa, del contratto, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

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

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

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 c.c.).

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

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

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

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.
Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs. 231/2002 e s.m.i..
In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.
Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da' atto che:

a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 *bis* del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'art. 1 - "*Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto*", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del decreto legislativo 19 aprile 2006, n. 50, la revisione del prezzo. A tal fine, si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.
Il Contraente, entro 15 giorni, 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; qualora sia pattuito un aumento dei premi,

il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "*Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia*".

Art. 6 – Recesso della Società

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

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

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

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio

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

Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 6.1 e 6.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "*Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio*" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 6.1 e 6.2, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "*proroga tecnica*").

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

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

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

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

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

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.
L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.
L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.
E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.
Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell'Assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa;
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto;
3. oltre la scadenza contrattuale, con cadenza annuale e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati;
4. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso;

a) sinistri denunciati(con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento);
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri senza seguito;
e) sinistri respinti.

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

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

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

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 30,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Roma – Viale di Villa Grazioli, 23 -Tel. 06/54516.1 Fax: 06/5919718, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker.

La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura del 5,99 (cinquevirgolanovantanove). Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3, della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 9 *bis*, della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato dei soggetti di seguito indicati, la Società rinuncerà al diritto di surrogazione nei confronti degli amministratori e dipendenti del Contraente nonché delle persone delle quali si avvale nello svolgimento della propria attività.

Art. 19 - Trattamento dei dati

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

Art. 20 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 - Coassicurazione e Delega

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile ..... all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile

..... la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

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

Art. 22 – Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto *ex* artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Sezione 3– Condizioni di assicurazione

Art. 1 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Per il gruppo iniziale degli assicurati la copertura assicurativa decorre dalla data di effetto della presente polizza ed è subordinata al versamento del corrispondente importo di premio come previsto al precedente art. 4.

Per i nuovi assunti o nominati la copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno di assunzione risultante dal Libro Unico del Lavoro del Contraente.

Ferma restando la copertura degli Assicurati come da definizioni di polizza, il Contraente fornirà alla Società i dati anagrafici ed il codice fiscale relativi ai singoli assicurati.

La Società rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun pagamento una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'appendice-distinta, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi. Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'appendice-distinta dovranno essere comunicati alia Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'appendice-distinta s'intenderà verificata e ritenuta esatta. La quietanza sarà comprensiva degli eventuali diritti di polizza e delle imposte in vigore alia data dell'emissione.

Su preventiva ed esplicita richiesta della Contraente, la Società rilascerà ad ogni singolo Assicurato un certificato d' ingresso in assicurazione e ogni anno la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alla normativa vigente.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24.00 del giorno di risoluzione del rapporto di lavoro presso il Contraente, il quale ne darà comunicazione scritta alla Società entro 60 giorni.

Art. 2 - Capitali Assicurati

Il capitale assicurato per ogni testa è pari a € 220.000,00.

Art. 3 - Documentazione sanitaria

Il presente contratto prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal CCNL o ad eventuali importi definiti da Contratti Integrativi aziendali con le seguenti modalità:

- per capitali di cui all'art. 6 precedente e cioè sino a € 220.000,00 indipendentemente dalle condizioni di salute dell'Assicurato;
- per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, al fine dell'accettazione in garanzia, l'Assicurato dovrà presentare per il tramite del Contraente un apposito questionario anamnestico nonché sottoporsi agli eventuali accertamenti sanitari individuali richiesti dalla Società in esito alle risultanze del questionario stesso. Dovrà, inoltre, dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi.

La mancata presentazione, entro quarantacinque giorni dalla richiesta di copertura, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata e gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati.

Qualora l'accertamento sanitario richiesto evidenzi dei motivi di aggravamento del rischio tali da rendere necessaria l'applicazione di sovrappremi o l'effettuazione di ulteriori accertamenti sanitari, entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione, la Società darà comunicazione al Contraente della misura del sovrappremio da applicare o quali accertamenti sanitari siano da effettuare.

In questi ultimi casi, in attesa della definizione, le garanzie sono limitate ai capitali previsti al primo linea del presente articolo.

Art. 4 - Limiti d'età

Possono essere inclusi in garanzia tutti gli appartenenti al gruppo, aventi un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore a 75 anni. Per coloro che supereranno il 75 anno di età la copertura sarà limitata al solo caso morte.

L'assicurazione non si intenderà rinnovabile nei confronti di coloro che abbiano superato i 75 anni.

Art. 5 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, fino a 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.

Art. 6 - Beneficiari

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- in caso di morte dell'assicurato, quelli previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria applicato oppure dal Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale, di cui in premessa del presente contratto;
- in assenza di tali previsioni, i beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato stesso ai sensi degli artt. 1920 e 1921 del codice civile o - in mancanza di designazione - gli eredi testamentari o - in mancanza di testamento - gli eredi legittimi.

- in caso di invalidità totale e permanente, l'Assicurato medesimo.

Art. 6 - Esclusioni

I rischi di morte e di invalidità sono coperti qualunque possa esserne la causa. É escluso dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Inoltre se durante il soggiorno dell'Assicurato all'estero si verifica uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi similari, l'Assicurato stesso è coperto per dieci giorni decorrenti dall'ordine di evacuazione emanato dalle Autorità italiane. Diversamente la preesistenza di una situazione di guerra o similare in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa;
- 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;
- malattia da HIV o da sieropositività qualora il decesso avvenga nei primi tre anni dalla data di ingresso in assicurazione. E' facoltà dell'Assicurato richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga al test HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare. In questi casi, la Società corrisponderà solo un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduta.

Art. 7 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell' obbligo di pagamento dell'indennizzo ed ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- domanda sottoscritta dal Contraente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione dell'ultimo medico curante da redigersi sul modello apposito da richiedere alla Società;
- cartella clinica dell'ospedale, relativa al ricovero precedente il decesso;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria: copia del verbale redatto dagli Organi di Polizia, o Certificato della

Procura, o altro documento rilasciato dall' Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;

- atti e documenti necessari per individuare i beneficiari: indicazione degli eredi legittimi, copia del testamento, eventuale atto notorio dal quale risulti che l'Assicurato abbia o meno lasciato testamento.

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.
Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Sezione 4– Condizioni che regolano la garanzia di invalidità permanente

Art. 1 - Invalidità totale e permanente

La Società garantisce, in caso invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la corresponsione del capitale pattuito.
All'uopo si intende colpito da invalidità l'Assicurato che, per malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, manifestatasi dopo l'ingresso in assicurazione, abbia ridotto in modo permanente la propria capacita di guadagno, in occupazioni confacenti le sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché l'evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con il contraente.
Sono esclusi i soggetti che al momento dell'ingresso in assicurazione abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e questi si concludano con esito positivo.

Art. 2 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, utilizzando l'apposito modello e facendo pervenire alla Società medesima - a mezzo di lettera raccomandata - il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società.
A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato - sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità - sono obbligati:
a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti.
La Società si riserva, inoltre, il pieno e incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia. L'avvenuto accertamento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale (INPDAI, INPS, ecc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Società purché:

- il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente;

- le cause che hanno determinato l'insorgere dello stato invalidante siano successive all'ingresso in assicurazione;
- la cessazione dei rapporto di lavoro, in caso di accertato diritto all'assegno di invalidità, avvenga nel periodo di percezione, da parte dell'Assicurato, della rendita di invalidità e l'Assicurato sia stato mantenuto regolarmente in copertura.

Verificatasi la risoluzione del rapporto di lavoro, il pagamento dei capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito il pagamento del capitale assicurato, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Gli Assicurati per i quali sia stato riconosciuto, da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza, il diritto all'assegno di invalidità, senza che questo abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro, saranno mantenuti regolarmente in copertura. La copertura per tali Assicurati dovrà essere rinnovata, da parte del Contraente, ad ogni ricorrenza annuale. In caso di cessazione del rapporto di lavoro sarà liquidato il capitale assicurato, da parte della Società, se l'Assicurato risulterà, in quel momento, ancora percettore della rendita conseguente al riconoscimento del diritto all'assegno di invalidità di cui sopra.

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

Art. 3 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito il pagamento, il contratto per il caso di morte dell'Assicurato è parimenti estinto.

Art. 4 - 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 Direzione della Società - la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o - su sua delega - dall'Assicurato e il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il collegio dei medici. Il collegio dei medici risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Il Collegio Arbitrale, ove lo creda opportuno, potrà esperire - senza obbligo di sentenza - qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del collegio medico devono essere raccolti in un 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 dai medici nel verbale definitivo.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese e competenze dei proprio medico e la metà di quelle del terzo medico, dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, di cui ai primo comma del presente articolo, 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 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 invece riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

Art. 5 – Riscatto – Prestiti – Riduzioni

E' esclusa ogni possibilità di ottenere riscatti, prestiti e riduzioni di polizza.

DATI RELATIVI ALLA POPOLAZIONE DELLA CONTRAENTE

Si forniscono qui di seguito i dati necessari alle compagnie partecipanti per esprimere la propria offerta nelle modalità riportate nella scheda di quotazione e precisamente:

- età;
- sesso;
- capitale assicurato;

ai sensi del CCNL dei Dirigenti in vigore alla data dell'espletamento della presente procedura.

N°	SESSO	DATA DI NASCITA	CAPITALE ASSICURATO
1	M	03/06/1947	€ 220.000,00
2	M	05/12/1963	€ 220.000,00
3	M	02/05/1966	€ 220.000,00
4	M	08/05/1951	€ 220.000,00
5	M	10/08/1958	€ 220.000,00
6	M	27/04/1957	€ 220.000,00