



POLIZZA VITA ED INVALIDITA' PERMANENTE DIRIGENTI

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

AMAIE SpA
VIA ARMEA N.96 - 18038 SANREMO (IM)
C.F / P. IVA: OO399050087
N. CIG 6860280226

e

Compagnia di assicurazione

Nome
Via/Piazza
C.F / P. IVA
.....

Durata della polizza

dalle ore 24.00 del	31/12/2016
alle ore 24.00 del	30/06/2018

Con scadenza del primo periodo di assicurazione

Alle ore 24.00 del	30/06/2017
--------------------	-------------------

**successivamente - Rateazione premio semestrale -
con scadenze dei periodi di assicurazione fissati**

Alle ore 24.00 del	31/12 e 30/06
--------------------	----------------------

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

**" COLLETTIVA IN FORMA DI TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE
E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DEI DIRIGENTI "**

POLIZZA : **N**

CONTRAENTE : **AMAIE S.p.A.**

SEDE LEGALE : **Via Armea n.96-18038 Sanremo (IM)**

BROKER : **AON S.p.A.**

**DECORRENZA
COPERTURA** : **31.12.2016**

**SCADENZA
COPERTURA** : **30.06.2018**

**PREMIO LORDO
ANNUALE** : **€.....(di cui imposte €)**

FRAZIONAMENTO : **ANNUALE**

Il presente contratto non è soggetto a tacito rinnovo ai sensi dell'art. 23 della Legge 62/2005

Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

per <i>Contraente</i>	AMAIE S.p.A.
per <i>Assicurato</i>	Il soggetto sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione
per <i>Beneficiari</i>	Il Contraente sia per la parte obbligatoria ai sensi del CCNL che per i capitali integrativi.
per <i>Società</i>	l'Impresa Assicuratrice
per <i>Assicurazione</i>	Il contratto di assicurazione
per <i>Polizza</i>	Il documento che prova l'Assicurazione
per <i>Broker</i>	AON S.p.A
per <i>Premio</i>	La somma dovuta dal Contraente alla Società
per <i>Rischio</i>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
per <i>Sinistro</i>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
per <i>Infortunio</i>	L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
per <i>Somma Assicurata</i>	La somma che rappresenta il limite fino al quale la Società è obbligata
per <i>Indennizzo</i>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurata in caso di sinistro

PREMESSA

Art. 1 - Oggetto

Il presente contratto ha come oggetto l'assicurazione contro il rischio di morte e invalidità totale e permanente degli Assicurati, così come definiti al successivo art. 2. La Società, sulla base delle condizioni di polizza allegate, si assume pertanto l'obbligo di pagare agli aventi diritto in caso di decesso o invalidità totale e permanente degli Assicurati medesimi durante il periodo di validità dell'assicurazione il capitale concordato, sempreché la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

I capitali assicurati sono quelli comunicati dalla Contraente e sono stabiliti in base a precise norme contenute nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, nei Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali.

Art. 2 - Assicurati

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

Hanno quindi diritto alla presente assicurazione, per il periodo di validità del contratto, tutti gli Assicurati, come definiti al precedente comma, sempreché inclusi in assicurazione.

Art. 3 - Struttura del contratto

Il presente contratto è composto:

- dall'accordo qui sottoscritto,
- dalle "Condizioni Speciali che regolano l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente per Directors & Managers",
- dalle "Condizioni Generali che regolano il contratto di assicurazione sulla vita",
- dall'elenco degli Assicurati, con indicazione, per ciascuno, dei premi da pagare e del capitale assicurato, rilasciato dalla Società alla Contraente,
- da eventuali Appendici.

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

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

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

LA SOCIETÀ

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Art. 1 - Obblighi della Società

Il contratto di assicurazione è disciplinato dalle presenti Condizioni di Polizza e dalle Appendici rilasciate dalla Società e dalla stessa controfirmate.

Art. 2 - Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

A parziale deroga dell'Art.1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se, il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 60° giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- 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;
- 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.

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 di tutti i 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 artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 4 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

La presente Assicurazione è senza tacito rinnovo.

Art. 5– Effetto e durata della polizza

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza.

E' 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 6 (sei) mesi. La società s'impegna a prorogare

l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Le disposizioni di cui ai precedenti due capoversi non sono operanti nel caso in cui la Società o il Contraente si siano avvalsi della facoltà di recesso a seguito di sinistro prevista dal successivo Art.7 - Recesso in caso di Sinistro.

Ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di rinnovare l'assicurazione per una durata di un anno , previa adozione di apposito atto. In questo caso la società si riserva di accettare o meno il rinnovo alle medesime condizioni normative ed economiche.

Art. 6 – Clausola Broker

Alla società AON S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker iscritto alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, D.Lgs 209/2005 e s.m.i.

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

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del broker sarà remunerata dall'Assicuratore aggiudicatario nella misura del 8% del premio imponibile.

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 ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi..

Art. 7 – Forma delle comunicazioni alla Compagnia

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e/o l'Assicurato sia tenuto, devono essere fatte con lettera Raccomandata, o telefax indirizzato alla Compagnia e/o alla Agenzia e/o al Broker che ha in carico la polizza.

Art. 8 - Foro Competente

Foro competente e sede arbitrale sono esclusivamente quelli del luogo ove ha sede il Contraente, l'Assicurato o il Beneficiario.

Art. 9 – Validità delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e la eventuale ripartizione del rischio fra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 10– Rinvio alle Norme di Legge

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

LA SOCIETÀ

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI SPECIALI

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

Art. 1 - Definizione

L'assicurazione di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente è un'assicurazione collettiva che garantisce, per la durata del Contratto, la copertura dei rischi di morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati così come definiti in premessa. La copertura assicurativa viene garantita attraverso l'utilizzo di polizze monoannuali, a premio unico, rinnovabili.

Più precisamente tale assicurazione presuppone:

- un'unica Contraente ed un unico contratto di assicurazione;
- la determinazione del capitale assicurato su ogni testa in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

Art. 2- Riscatto e prestiti

Non sono previsti valori di riscatto e prestiti.

Art. 3 – Cessione, pegno e vincolo

La Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta della Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su apposita appendice.

Art. 4 - Beneficiari

L'Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che la Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Assicurato;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, prestito, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Società o fatte per testamento, e diventano efficaci dal momento in cui la Società stessa ne ha fatto annotazione sull'originale di polizza. La Contraente a tale scopo, deve presentare la polizza alla Società.

Per quanto riguarda contratti gravati da pegno o vincolo, la modifica del Beneficiario è possibile solamente se vi è il consenso scritto del creditore vincolatario.

Art. 5 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti elencati nel modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale.

Compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro 30 giorni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

Il pagamento della prestazione viene effettuato in Italia e in valuta corrente, presso la sede della Società o presso l'Intermediario (o ufficio autorizzato) alla quale è assegnata la polizza.

Art. 6 - Prestazioni

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione agli aventi diritto in caso di decesso o di invalidità totale e permanente causata da qualunque causa dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. L'importo del capitale assicurato è pari a € 220.000,00 per singolo Dirigente assicurato con carichi familiari ed €150.000,00 per singolo Dirigente assicurato senza carichi familiari.

Art. 6.1 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa (ferme le esclusioni di cui al successivo art. 10 delle condizioni speciali) senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Art. 6.2 - Rischio di invalidità totale e permanente

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, abbia visto ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini a meno di un terzo del normale e sempreché tale evento, abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con la Contraente o eventuale Azienda associata, convenzionata o ad essa iscritta.

Rimane inteso che non sono liquidabili le invalidità totali permanenti per le quali l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato (INPDAl, INPS, ecc.) non abbia riconosciuto o negato il diritto alla pensione di invalidità o all'assegno di inabilità, mediante accertamento autonomo, abbia quantificato inferiori al 66%.

Art. 6.3 - Rischio di invalidità totale e permanente – senza la cessazione del rapporto di lavoro-

A parziale modifica degli Art 6.2 (rischio Invalidità totale e permanente) e Art. 18 (Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente – accertamento) , in caso di richiesta di liquidazione del capitale assicurato, da parte della Contraente/Associata, a seguito del riconoscimento certificato da parte dell'INPS per un dirigente compreso in polizza, di un'invalidità totale e permanente superiore ai 2/3 della capacità lavorativa, senza che si sia verificata la cessazione del rapporto di lavoro, la Società procederà, tramite un proprio medico fiduciario, all'accertamento diretto dello stato di invalidità dell'assicurato di cui sopra e, in caso di responso positivo, liquiderà il capitale assicurato. Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società resta valido quanto previsto dall'Art. 19 (Collegio Arbitrale)

Art. 7 - Beneficiari

Il beneficio dell'assicurazione è attribuito al Contraente come da Moduli di adesione degli assicurati allegati al capitolato.

Art. 8 - Suicidio

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

Art. 9 - Limiti di età

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

Art. 10 - Esclusioni

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

- dolo della Contraente o del Beneficiario;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
 - incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.
- In tutti questi casi, la Società corrisponderà solamente un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei relativi costi accessori.
- Si intendono inoltre esclusi i casi di invalidità totale e permanente già denunciati presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza e/o altre Compagnie di Assicurazione prima dell'entrata in vigore del presente contratto e che si concludano con esito positivo.

Art. 11 - Ingresso e permanenza in assicurazione -

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

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato nel successivo art. 14- Documentazione sanitaria (Condizioni Speciali);

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

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

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

Fermo restando il fatto che la garanzia cessa automaticamente alla risoluzione del rapporto di lavoro, le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi e per le uscite nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Le operazioni di inclusione ed esclusione in corso d'anno, per cause diverse dalla morte o dall'invalidità totale e permanente, così come definite ai successivi art. 8 e 9, verranno perfezionate mensilmente attraverso l'emissione di un'apposita Appendice riepilogativa da parte della Società e pagamento del premio da parte della Contraente entro 31 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice.

Infine, almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione la Contraente e/o l'intermediario dovranno comunicare, per il conseguente rinnovo, le modifiche intervenute nel gruppo e dovranno indicare le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato in conformità al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria, Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore.

Art. 12 - Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

Per Assicurati inclusi in corso d'anno si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata della copertura.

Art. 13 – Esclusioni nel corso del periodo assicurativo -

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso dell'anno per cause diverse dalla morte, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto.

Art. 14- Documentazione sanitaria

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

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

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

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

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati, il cui onere resta a totale carico della Contraente/Assicurato, verranno – di norma – considerati validi per cinque anni, a decorrere dalla data di ingresso in assicurazione, per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. Qualora la Società ritenesse di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Assicurato, lo comunicherà immediatamente alla Contraente.

Art. 15 - Premi di assicurazione

Il premio, dovuto dalla Contraente, verrà determinato ad ogni ricorrenza annua secondo la tariffa allegata al contratto per l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità totale e permanente per Dirigenti.

Il premio annuo per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta e l'importo del capitale assicurato.

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

Art. 16 - Documenti prodotti dalla società

La Società rilascerà alla Contraente in occasione di ciascun versamento una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata da un'Appendice, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali, i premi e la durata della garanzia.

Art. 17 - Condizioni di denuncia in caso di decesso

Per ottenere la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Società i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto.

Art. 18 - Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente – accertamento

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente, ovvero l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti entro 30 giorni dalla data dell'evento.

In tali casi, la Società avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.

A richiesta della Società, la Contraente e l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati:

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

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

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

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

Qualora entro 12 mesi dopo la data di presentazione di tale domanda, l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza non avesse riconosciuto o negato il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e sempreché il suddetto Ente non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente. In tali casi, la Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 90 giorni. Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento da parte del suddetto Ente, sia essa conforme o meno all'esito della procedura di accertamento diretto tra la Società e l'Assicurato.

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

Art. 19 – Valutazione danno -Collegio arbitrale

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'invalidità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 20 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone assicurate con singole polizze a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo a carico della Società pari a 6 volte il capitale medio Assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro. Se gli indennizzi

complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

LA SOCIETÀ

IL CONTRAENTE

ELENCO DIRIGENTI

NUMERO	SESSO	DATA NASCITA	CARICHI FAMILIARI
1	M	13/04/1959	SI
2	M	08/07/1974	SI
3	F	18/01/1960	NO
4	M	21/02/1968	SI
7	M	18/03/1961	SI