

**COPERTURA ASSICURATIVA  
VITA DIRIGENTI  
CIG: 98257766DC**

La presente polizza è stipulata tra  
Cassa di Assistenza

Per l'Associato



e

Società

**Durata del contratto**

Dalle ore 00 del 01.01.2024

alle ore 00 del 01.01.2027

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 01.01 di ogni anno

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	Cassa di Assistenza.....
ASSOCIATO	ANPAL SERVIZI S.P.A.
SEDE LEGALE	
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	
PERIODO DI ASSICURAZIONE	EFFETTO: DALLE ORE 00 DEL 01/01/2024 SCADENZA: ALLE ORE 00 DEL 01/01/2027
CATEGORIE ASSICURATE	VEDI SEZIONE III ART 13
CONTRIBUTO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
CONTRIBUTO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	AON SPA
ALIQUOTA PROVVISORIALE BROKER	0,01%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

### SEZIONE I DEFINIZIONI

<b>Anno / annualità:</b>	il periodo temporale di 12 mesi, ovvero di 365 giorni, calcolato dal giorno di ingresso dell'Assicurazione, secondo la decorrenza prevista dal Contratto
<b>Assicurato:</b>	persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa
<b>Assicuratore</b>	l'Impresa/e assicuratrice/i che assicura/no il Rischio
<b>Assicurazione</b>	il Contratto di Assicurazione stipulato tra Associato e Società
<b>Associato</b>	ANPAL SERVIZI S.P.A.
<b>Beneficiario /i o avente diritto alla prestazione:</b>	persona/e Fisica/che o Giuridica/che cui spetteranno le somme assicurate nel caso si verifichi l'evento assicurato dal presente contratto di assicurazione.

<b>Broker:</b>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo incaricata dal Contraente/Associato della gestione ed esecuzione del contratto ai sensi della vigente normativa in materia di intermediazione e consulenza assicurativa (D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005).
<b>Capitale assicurato:</b>	importo liquidato al/i Beneficiario/i al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità permanente da ogni causa.
<b>Cassa di Assistenza:</b>	la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>Condizioni di assicurazione:</b>	insieme delle clausole che disciplinano il Contratto.
<b>Contraente:</b>	Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza)..., iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.
<b>Contratto:</b>	l'atto con il quale Contraente e Assicuratore sottoscrivono la Convenzione ed assumono le rispettive obbligazioni.
<b>Contributo:</b>	l'importo per la copertura del Rischio assicurato dalla Convenzione
<b>Convenzione:</b>	accordo stipulato dalla Società e dal Contraente a copertura del rischio di morte e invalidità totale e permanente da ogni causa.
<b>Decorrenza della garanzia:</b>	momenti in cui le garanzie divengono efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il contributo pattuito.
<b>Durata contrattuale:</b>	periodo durante il quale il contratto è efficace.
<b>Esclusioni:</b>	rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società
<b>Grado di invalidità:</b>	riduzione in modo permanente della capacità di lavoro dell'Assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale. Nel caso specifico deve essere in misura non inferiore al 66%.
<b>Infortunio</b>	l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
<b>Invalidità permanente</b>	si intende colpito da invalidità l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti alle sue attitudini a meno di un terzo del normale
<b>IVASS:</b>	istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

<b>Liquidazione:</b>	pagamento al Beneficiario/i della prestazione dovuta al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità totale e permanente da ogni causa. È effettuata in Italia e in valuta italiana.
<b>Malattia</b>	per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure
<b>Polizza:</b>	documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione
<b>Polizza caso morte (o decesso):</b>	contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al/i Beneficiario/i qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Nel caso specifico è di tipo temporanea, in quanto il pagamento è previsto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto
<b>Polizza collettiva:</b>	contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati
<b>Questionario medico sportivo:</b>	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.
<b>Ricorrenza annuale:</b>	l'anniversario della data di decorrenza del contratto.
<b>Rischio</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>Sinistro:</b>	verificarsi dell'evento di rischio assicurato (ovvero il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente da ogni causa) oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.
<b>Società:</b>	impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione

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

ANPAL SERVIZI S.P.A. - con sede in Roma, Via Guidobaldo Del Monte,60 – C.A.P. 00197 – P.IVA n. 05367051009, in seguito denominato per brevità "Associato"

e

La Compagnia .....

**PREMESSO**

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

**VIENE STIPULATA UNA POLIZZA COLLETTIVA ALLE CONDIZIONI CHE SEGUONO:****Art.1- Obblighi e modalità di consegna delle Condizioni di Assicurazione da parte del Contraente agli Assicurati**

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

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

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

**SEZIONE II  
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****PREMESSA**

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale la Spettabile Società dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

**ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO**

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEMA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà di ANPAL SERVIZI S.P.A., entro 30 giorni solari dalla scadenza della Convenzione, 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 solari. 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 contributo verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, 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 solari, 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 contributo annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente/Azienda Associata, 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 contributo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni solari. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

**ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE**

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 120 giorni solari prima di ogni scadenza annuale.

**ART. 3 PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 00 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni solari dalla data di effetto del contratto, il contributo riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni solari da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il contributo riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni solari dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il contributo 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.

Il contributo annuale è interamente dovuto ancorché sia stato 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 contributo, 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 dà 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 solari 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 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 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 art. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 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, previa comunicazione del Broker alla Società.

#### **ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm.ii..

#### **ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, del Contraente/Azienda Associata 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/Azienda Associata 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 e/o colpa grave, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un contributo maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del contributo con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del contributo 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 dell'Associato 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 alla Società entro 30 giorni solari dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il contributo o le rate di contributo successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del contributo conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

#### **ART. 6 REVISIONE DEL PREZZO**

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 180 giorni solari dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del contributo o delle condizioni contrattuali.
- b) Il Contraente, entro 15 giorni solari, 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 disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

**ART. 7 RECESSO**

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* 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 30 giorni solari 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 30 giorni 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 120 giorni solari. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del contributo.

**ART. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE**

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni solari successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

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 dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero, salvo che tale inesattezza della dichiarazione o la reticenza non abbia influito direttamente sul sinistro stesso.

**ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO**

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente polizza.

**ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

La polizza e le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

**ART. 11 GESTIONE DEL CONTRATTO**

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, tuttavia, il Contraente potrà effettuare il pagamento direttamente alla Società; 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 sarà trattenuta all'atto del pagamento del contributo, 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. 12 FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

**ART. 13 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO**

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

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

**ART. 14 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'assicurato e/o Contraente.

**ART. 15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana indipendentemente dal luogo in cui si verifica il sinistro. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari.

**ART. 16 TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii.), ciascuna delle parti (Contraente, Azienda Associata, Società, assicurato, 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. 17 COASSICURAZIONE E DELEGA**

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

**ART. 18 VALIDITÀ TERRITORIALE**

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

**ART 19 CLAUSOLA DI RACCORDO**

La presente polizza si intende vincolata con le polizze stipulate dal Contraente con la medesima Società, facenti parti del medesimo lotto unico nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per una delle polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, la Contraente/Azienda Associata potrà richiedere la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per gli altri contratti del medesimo lotto. In tali casi la Società, entro 15 giorni solari dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di contributo netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza.

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – CLAUSOLE OPERANTI****ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA**

La Convenzione è stipulata dal Contraente per garantire ai propri dipendenti una copertura in caso di morte e invalidità totale e permanente di grado superiore al 66%. L'assicurazione può essere prestata per le persone appartenenti alle categorie impiegate di seguito indicate: DIRIGENTI

**ART. 2 PRESTAZIONI ASSICURATE**

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

Più precisamente:

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

Tale assicurazione presuppone inoltre che siano soddisfatte le seguenti condizioni:

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

**ART. 3 – ESCLUSIONI DALLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**

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

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

- dolo del contraente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

**ART. 4 – LIMITI DI ETÀ**

Possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al Gruppo aventi età raggiunta (calcolata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi) alla data di decorrenza dell'assicurazione, non superiore a 70 anni.

L'assicurazione è estesa al solo caso di morte per età non superiori a 75 anni.

**ART. 5 – DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO**

È facoltà dell'Assicurando, entro 30 giorni solari dalla data da cui è venuto a conoscenza della stipula del presente contratto, esercitare presso il Contraente/Azienda Associata il proprio diritto di non accettazione della copertura. Il Contraente/Azienda Associata comunica alla Società i nominativi di coloro che hanno esercitato tale diritto e la Società provvede a escluderli dalla copertura con effetto immediato.

**ART. 6 – CAPITALI ASSICURATI**

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

**ART. 7 – DENUNCIA DI SINISTRO E PAGAMENTO DEI CAPITALI ASSICURATI**

Al verificarsi dell'evento assicurato, sempreché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato definito all'Art. CAPITALI ASSICURATI. Per tutti pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, in originale o copia conforme. Il pagamento è effettuato in Italia e in valuta italiana.

**a) In caso di decesso:**

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

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

**b) In caso di invalidità permanente:**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia entro i successivi due mesi o da quando ne ha avuto la possibilità alla Società, per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione Generale della Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante, redatto sul modulo speciale fornito dalla Società. L'accertamento del grado di invalidità permanente sarà fatto in Italia e la relativa liquidazione avverrà in valuta italiana.

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

Ogni pagamento viene effettuato agli aventi diritto entro trenta giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa richiesta dalla Società, per il tramite del Contraente, presso la Direzione di Roma.

Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso

### **ART. 8 – ACCERTAMENTO DELLO STATO DI INVALIDITÀ**

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

- a) rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. La Società si riserva, inoltre, il pieno e incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

### **ART. 9 – COLLEGIO ARBITRALE**

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, entro 30 giorni solari dalla comunicazione avutane - con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, un altro da ANPAL SERVIZI S.P.A. su sua delega dall'assicurato, 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.

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 prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di dolo, violenza, errore o violazione di patti contrattuali.

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.

### **ART. 10 – SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO NEL CORSO DELL'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ ARBITRALE**

Dalla data del timbro postale della raccomandata di cui all'Art. 8 il Contraente/Azienda Associata sospende il pagamento del contributo, contrattualmente dovuto, relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate. Se l'invalidità viene riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui all'Art. 9, l'obbligo al pagamento del suddetto contributo cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite. Se l'invalidità non viene, invece, riconosciuta, il Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti alla data di denuncia dell'invalidità, se contrattualmente dovuti, aumentati degli interessi di reintegro valuta.

### **ART. 11 – CONTRIBUTI DI ASSICURAZIONE**

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

a sei mesi e computando come anno intero quella superiore a sei mesi.

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

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

#### **ART. 12 – MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dall'Autorità di Controllo alle presenti condizioni troveranno autonoma applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione successiva alla data delle modifiche. Delle modifiche verrà data comunicazione per iscritto al Contraente, con indicazione di obbligo di comunicazione agli Assicurati per la parte di loro interesse.

#### **ART. 13 – BENEFICIARI DELL'ASSICURAZIONE**

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto 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, i Beneficiari dell'assicurazione saranno:

**per il caso di morte:** I soggetti indicati dall'Assicurato stesso o – in mancanza di designazione – gli eredi testamentari o – in mancanza di testamento – gli eredi legittimi;

**per il caso di invalidità totale e permanente:** L'Assicurato stesso.

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

#### **ART. 14 - DOCUMENTAZIONE SANITARIA - ACCERTAMENTI - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

In relazione alle finalità del presente contratto, l'assicurazione viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione o accertamento sanitario e indipendentemente dalle attività praticate dal singolo assicurando, fino ad un capitale massimo di:

- euro 200.000,00 in caso di Dirigente che non abbia coniuge e figli a carico
- euro 300.000,00 in caso di Dirigente con coniuge e/o figli a carico

In caso di aumento dei capitali previsti dal CCNL di categoria il suindicato limite si intenderà adeguato alle prescrizioni del CCNL stesso.

#### **ART. 15 – CONDIZIONI DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE – ACCERTAMENTO**

A parziale modifica e integrazione delle Prestazioni assicurative e garanzie offerte, le parti convengono di applicare la normativa di seguito indicata agli Assicurati appartenenti alla categoria DIRIGENTI che aderiscono al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Dirigenti Industriali per i capitali ivi previsti.

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità lavorativa, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini a meno di un terzo.

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla Società

entro i successivi due mesi o da quanto ne hanno avuto la possibilità per gli opportuni accertamenti.

La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dipendente così formulato:

- all'atto del riconoscimento, da parte dell'Ente Previdenziale (INPS ecc.), dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità;
- all'atto del riconoscimento da parte dell'INAIL, 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 ANPAL SERVIZI S.P.A.

L'invalidità si intenderà riconosciuta ai fini del presente contratto purché:

- il riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro;
- l'età dell'Assicurato non sia superiore a 70 anni;
- la denuncia sia stata comunicata alla Società entro 60 giorni solari dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'Ente Obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato.

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.

Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Resta inteso che per la parte di capitale assicurato eventualmente eccedente il limite previsto dal CCNL si applicheranno le condizioni previste per l'accertamento autonomo da parte della Società.

Nel caso in cui, trascorsi dodici mesi dalla data di presentazione della domanda all'Ente Previdenziale o Assicurativo Obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato, lo stesso non abbia ancora riconosciuto il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità o qualora l'avesse negato, l'Assicurato ha facoltà entro i successivi 60 giorni solari e sempreché l'Ente previdenziale non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società - a mezzo lettera raccomandata - di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente e del relativo grado.

L'accertamento autonomo, oltre che nella fattispecie sopra indicata, verrà attivato anche nel caso in cui non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità; in tal caso non verrà attribuita alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

Nel caso di accertamento autonomo resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'Ente Previdenziale.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni solari dalla data del timbro postale della lettera raccomandata con cui è stata richiesta l'attivazione dell'accertamento autonomo, ovvero entro 180 giorni solari dalla sua attivazione, nel caso in cui essa avvenga automaticamente.

In caso di controversia sulla natura dell'infortunio o della malattia, sulla conseguenza degli stessi o sul grado di invalidità permanente, è data facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto.

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

**ART. 16 - COPERTURA PER IL CASO DI MORTE PER I DIRIGENTI A CUI È STATO INDENNIZZATO IL CAPITALE PER INVALIDITÀ PERMANENTE ED ABBIANO RICHIESTO LA PROSECUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Copertura non prestata in base a quanto disciplinato dal CCNL di categoria.

**ART. 17 - CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO PER GLI INIZIALI AVENTI DIRITTO (CONTINUITÀ CON POLIZZA PRECEDENTE)**

La società prende atto che tutti i nominativi per i quali viene richiesta l'assicurazione erano già assicurati per i medesimi capitali e garanzie con altra copertura assicurativa in corso con la precedente compagnia.

Tale copertura cessa dalla data di effetto del presente contratto e le garanzie in corso con il precedente contratto si intendono qui tutte riconfermate e prestate senza soluzione di continuità per i nominativi e i capitali in corso.

Per eventuali nominativi non precedentemente coperti dalla polizza sostituita, per eventuali differenze di capitale in aumento e per i futuri ingressi si conviene quanto segue:

- A. per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 300.000, l'assicurazione viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria, con l'intesa che gli assicurandi siano presenti e attivi al lavoro alla data di decorrenza della copertura, ovvero non assenti a motivo di malattia o infortunio. In deroga a quanto riportato al sottoindicato punto B, nel caso in cui il CCNL di categoria preveda capitali minimi assicurati superiori ai livelli previsti dal presente punto A, si conviene che l'assunzione senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria verrà automaticamente adeguata ai nuovi livelli ed in tal caso la società di riserva di stabilire eventuali sovrappremi.
- B. Qualora il capitale assicurato risulti superiore a € 300.000, anche a seguito di aumenti di capitale già in essere, fino ad un massimo di € 390.000,00, sarà richiesta la compilazione del questionario medico-sportivo concernente il loro stato di salute e le abitudini di Vita (su modulo fornito dalla Società)
- C. per capitali assicurati superiori a € 390.000 e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario medico-sportivo, una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Società), l'esame completo delle urine con sedimento, l'ECG con referto del cardiologo, esami del sangue: esame emocromocitometrico con formula leucocitaria, VES, piastrine, glicemia, creatininemia, azotemia, acido urico, trigliceridi, colesterolo HDL e Totale, transaminasi SGOT-SGPT, gamma GT, test HIV1 e HIV2, markers epatite B e C;
- D. per capitali assicurati superiori a € 500.000,00, la Società si riserva di richiedere eventuali accertamenti aggiuntivi da concordare prima dell'attivazione della copertura.

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze relative alla compilazione del questionario medico-sportivo.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi agli esami clinici richiesti per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV, la copertura assicurativa non sarà valida in caso di morte o invalidità totale e permanente dovute alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero a patologie a essa collegate, nel caso l'evento assicurato si verifichi nei primi sette anni dalla data di decorrenza della prima polizza.

Qualora gli accertamenti sanitari richiesti dovessero evidenziare motivi di aggravamento del rischio, la Società potrà comunque richiedere ulteriori esami clinici, al fine di valutare la corretta applicazione del sovrappagamento e comunicarlo al Contraente.

**Il costo degli eventuali accertamenti è a carico dell'Assicurato.**

È consentito un termine massimo per la presentazione dei documenti di 30 giorni solari dalla data di inizio della copertura di ciascun Assicurando. La Società, entro i successivi trenta giorni solari dal ricevimento della documentazione, si riserva – in base alle risultanze di tali documenti di fissare eventuali condizioni di accettazione o di **rifiutare** il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente.

Durante il periodo di massimo sessanta giorni solari di carenza assicurativa la copertura verrà limitata ai soli

casi di morte derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

La Società comunica al Contraente l'entità del sovra contributo da applicare al singolo Assicurando.

La Società comunica all'Assicurando, con lettera personale, sia l'entità del sovra contributo che la motivazione di applicazione dello stesso. A fronte dell'esito degli accertamenti di cui sopra, qualora la Società abbia comunicato le condizioni alle quali è disposta ad assumere il rischio, è dovuto fin dall'ingresso in assicurazione l'intero contributo assicurativo comprensivo dell'eventuale sovra contributo richiesto.

La mancata prestazione, entro sessanta giorni solari dalla richiesta, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata.

Gli eventuali importi anticipati da ANPAL SERVIZI S.P.A. Servizi S.p.A. a titolo di contributo per tali coperture saranno rimborsati ad ANPAL SERVIZI S.P.A. Servizi S.p.A. stesso, al netto dei diritti e delle imposte.

#### **ART. 18 – SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE**

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

#### **ART. 19 – OBBLIGHI RELATIVI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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

raccogliere e trattare tali dati soltanto per le finalità e con le modalità strettamente necessarie all'esecuzione delle attività oggetto della presente convenzione, conformandosi pienamente alle disposizioni del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 di adeguamento al Regolamento UE 679/2016

curare, per conto della Società e con specifico riferimento al trattamento dei predetti dati personali, l'adempimento di ogni obbligo richiesto dalla Normativa sulla privacy in relazione alle attività oggetto del contratto e, in particolare, degli obblighi di informativa alle persone cui si riferiscono i dati (es. i dipendenti) e, ove previsto, dell'acquisizione del loro consenso, secondo le prassi e la modulistica indicate dalla presente convenzione o comunque dalla Società;

non divulgare o cedere a terzi i dati personali di cui sia venuto in possesso o a conoscenza in esecuzione delle attività di cui alla presente convenzione, comunicando tali dati nei limiti ivi stabiliti o preventivamente autorizzati dalla Società e adottando ogni misura idonea ad assicurare la riservatezza e la sicurezza degli stessi dati

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

**ART. 20 – VARIAZIONE DEGLI ASSICURATI IN CORSO DI CONTRATTO**

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

- a) dalle ore 00.00 della data di primo inizio del contratto per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
- b) dalle ore 00.00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni (coincidente con la data di assunzione) e passaggi di categoria (coincidente con la data di promozione da Quadro a Dirigente) termina alla data in cui è intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro (diversa da pensionamento).

Alla data di inizio della Convenzione ANPAL SERVIZI S.P.A. fornisce alla Società l'elenco degli assicurati da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi:

- cognome;
- nome;
- data di nascita;
- sesso;
- codice fiscale;
- categoria di appartenenza;
- capitale da assicurare

ANPAL SERVIZI S.P.A. Servizi S.p.A. si impegna a comunicare alla Società ogni variazione in entrata e in uscita o passaggio di categoria che intervenga nel corso dell'annualità assicurativa. Le variazioni del personale assicurato verranno fornite alla Società attraverso un tracciato riepilogativo – contenente inclusioni, cessazioni e passaggi di categoria – che dovrà essere inviato, in formato elettronico, entro i cinque giorni lavorativi successivi alla chiusura del mese a cui fanno riferimento.

Si specifica che in caso di cessazione del rapporto di lavoro, la copertura decadrà automaticamente. In caso di pensionamento dell'Assicurato, lo stesso rimarrà in copertura fino alla prima scadenza annua del contratto. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà all'emissione delle appendici di variazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali ANPAL SERVIZI S.P.A. è tenuta a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie. Si ricorda che l'ammissione nell'assicurazione, in relazione all'entità dei capitali richiesti, avviene secondo i termini riportati nelle Condizioni di Assicurazione; la documentazione necessaria per la valutazione del rischio viene trasmessa alla Società dal Contraente, per il tramite del Broker incaricato.

**Art. 21 – Documenti contrattuali**

La Società rilascerà al Contraente/Azienda Associata:

1. all'inizio del contratto e all'inizio di ogni anno successivo, la Polizza con elenco degli Assicurati risultanti in garanzia al 01/01 comprensiva dei capitali e dei premi;
2. in corso d'anno le appendici di variazione degli Assicurati;

Il contributo relativo alle appendici di variazione di cui al punto 2 potrà essere versato a ricevimento della documentazione stessa ovvero cumulativamente, per tutte le appendici emesse nell'anno, entro 60 giorni solari dalla data di scadenza del periodo assicurativo.

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



Capitolato polizza VITA DIRIGENTI

IL CONTRAENTE

L'ASSOCIATO

LA SOCIETÀ

## ALLEGATO ELENCO ASSICURATI – STATO DI RISCHIO

<b>N.</b>	<b>Sesso</b>	<b>Età anni</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>capitale assicurato</b>
1	M	58	09/06/1965	300.000,00
2	M	60	26/12/1963	300.000,00
3	F	50	16/06/1973	200.000,00
4	F	65	14/06/1958	300.000,00
5	M	61	13/10/1962	300.000,00
6	F	60	29/02/1964	300.000,00
7	M	62	20/09/1961	300.000,00
8	F	56	02/10/1967	300.000,00
9	F	57	19/12/1966	200.000,00
10	F	57	15/08/1966	200.000,00
11	M	58	03/08/1965	300.000,00
12	M	61	20/08/1962	300.000,00
13	M	60	12/10/1963	300.000,00
14	M	56	17/04/1967	300.000,00
15	M	59	02/12/1964	300.000,00
16	F	48	08/08/1975	300.000,00
17	M	56	14/07/1967	300.000,00
18	F	60	02/04/1963	200.000,00
19	M	68	18/02/1956	300.000,00
20	M	65	10/07/1958	300.000,00
21	M	57	14/09/1966	300.000,00
22	M	53	29/04/1970	300.000,00