



Lotto 10 a)

**Capitolato tecnico dell'assicurazione
TEMPORANEA CASO MORTE
INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE**

**Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2022
Scadenza ore 24.00 del 31/12/2024**

Temporanea di gruppo caso morte ed invalidità totale permanente per dirigenti di aziende industriali

Riferimenti normativi

Dirigenti di aziende industriali dal C.C.N.L. delle aziende produttrici di beni e servizi, la presente assicurazione di gruppo ha lo scopo di garantire la copertura assicurativa per il caso di morte e di invalidità totale permanente da qualunque causa derivante, prevista dal Contraente per gli Assicurati.

Articolo 1 - Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, assicurazione di gruppo stipulata in tariffa temporanea caso morte ed invalidità permanente, e in relazione a ciascuna posizione individuale in esso presente, la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto il pagamento del relativo capitale assicurato indicato nella polizza-elenco, nel caso in cui, durante il periodo di copertura, si verifichi il decesso o sia riconosciuta l'invalidità totale e permanente, superiore ai due terzi, dell'Assicurato; per qualsiasi causa avvenga (a parziale deroga, a quanto contemplato dal Codice Civile) e senza limiti territoriali ad eccezione di quanto indicato nel successivo articolo 4.

Il periodo di copertura coincide:

con l'anno solare, per le posizioni presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;

con la frazione di anno successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in

assicurazione nel corso dell'anno stesso

Le prestazioni di ciascuna posizione individuale è garantita sempre che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio dell'anno.

XXXXXX XXX è un'assicurazione collettiva stipulata dal Contraente (Azienda industriale) esclusivamente per tutti i propri Dirigenti.

L'inserimento in assicurazione di dipendenti con qualifica differente è considerata dichiarazione resa con dolo e colpa grave. Non è previsto un numero minimo di Assicurati.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti i Dirigenti con età compresa tra i 18 ed i 75 anni.

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

per capitali assicurati sino all'importo previsto dal C.C.N.L senza accertamenti sanitari – FREE COVER;

per capitali assicurati superiori: mediante sottoscrizione del questionario anamnestico e/o di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

La Società, in funzione della numerosità del gruppo o in funzione dei capitali medi assicurati, si riserva differenti modalità assuntive. Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

Articolo 2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Dirigente avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda o dalla data in cui

l'Assicurando viene nominato Dirigente.

Il Contraente dovrà effettuare apposita comunicazione scritta alla Società una volta al mese, relativamente a tutti gli ingressi del mese precedente.

Qualora la Società non abbia ancora ricevuto tale comunicazione e nel frattempo si verifichi il sinistro, al fine di verificare la sussistenza del diritto alla copertura assicurativa da parte del o degli Assicurati non comunicati, la Società si riserva di consultare il Libro Unico del Lavoro dell'Azienda, comprovante l'esistenza di tale/i nominativi fra i dipendenti della stessa.

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

Per capitali assicurati eccedenti l'importo massimo previsto dal C.C.N.L., la garanzia integrativa decorre dalle ore 00 della data di avvenuta accettazione della Società.

La permanenza in garanzia cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto come Dirigente. Nel caso la risoluzione avvenga in corso d'anno la Società provvederà a restituire l'eventuale rateo di premio versato, calcolato in proporzione al periodo di mancata esposizione al rischio, il Contraente dovrà effettuare apposita comunicazione scritta alla Società una volta al mese, relativamente a tutte le cessazioni del mese precedente.

Articolo 3 - Condizioni regolanti la garanzia di invalidità totale e permanente

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

Sono esclusi dall'assicurazione i casi di invalidità che si verificano dopo il settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato e quelli dovuti alle stesse cause per le quali è esclusa la copertura del rischio morte.

Articolo 4 - Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento

Accertata l'invalidità, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società.

Per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione, a mezzo lettera raccomandata, la seguente documentazione:

Copia della domanda di invalidità presentata all'ente Previdenziale di appartenenza.

Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale, al quale obbligatoriamente appartiene l'assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità.

La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente così formulato: - all'atto del riconoscimento, da parte dell'INPS, dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità; - all'atto del riconoscimento, da parte dell'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 il Contraente. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento. Per l'eventuale parte di capitale eccedente quello previsto dal C.C.N.L., il Contraente o l'Assicurato devono, accertata l'invalidità, farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla medesima, a mezzo lettera raccomandata A.R., il certificato del medico curante sulle cause che hanno determinato lo stato di invalidità. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Qualora la documentazione elencata in questo articolo è necessaria alla valutazione del sinistro, non sia fornita a XXXXXX dall'avente/i diritto entro il termine di sei mesi dalla data di denuncia, XXXXXX provvederà ad archiviare la richiesta di pagamento. Resta ferma la possibilità dell'avente/i diritto di richiedere una nuova valutazione inviando i documenti necessari nei termini previsti dalla Prescrizione.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni e si riserva di sottoporre a visita medico legale l'Assicurato, che dovrà esibire tutta la documentazione sanitaria, necessaria per formulare il giudizio tecnico. A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati: a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per

accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato; b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o dell'infortunio che hanno prodotto l'invalidità. Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Articolo 5 - 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 da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società il secondo dalla Contraente o – su sua delega – dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei medici risiede nel Comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

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

Ciascuna delle parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, all'art. 4, la Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene riconosciuta, il Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

Articolo 6 - Sinistro morte che colpisca più teste

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

Detto importo andrà suddiviso in base al numero delle persone colpite da sinistro ed in proporzione ai singoli capitali assicurati.

L'importo complessivo può essere elevato a fronte di speciale pattuizione e dietro versamento di un premio aggiuntivo pro-capite.

Articolo 7 - Esclusioni dalla garanzia

È escluso dalla garanzia soltanto il sinistro, in caso di decesso e di invalidità totale e permanente causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una

situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;

- incidenti 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;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico.

In questi casi, i premi versati restano acquisiti alla Società.

Si precisa invece che il decesso causato dal suicidio dell'Assicurato è compreso dalla data di inclusione in copertura

Articolo 8 - Premio

Il premio annuo di assicurazione per ciascun Dirigente assicurato è determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione, con riferimento all'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno saranno stabiliti ratei di premio ottenuti riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Per le uscite in corso d'anno non dipendenti da morte dell'Assicurato sarà rimborsato il rateo di premio, proporzionale al periodo di mancata esposizione al rischio determinato mediante riduzione del premio stesso.

8.1 Costi gravanti sul premio

*% da applicare al premio annuo dedotto l'importo fisso

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Articolo 9 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

L'Ente, entro la scadenza contrattuale, si riserva la facoltà di procedere all'affidamento per la ripetizione dei servizi oggetto del contratto per un periodo di 12 mesi, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche (**CLAUSOLA NON MODIFICABILE**).

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Articolo 10 - Decorrenza del Contratto

Vedi scheda di polizza

Articolo 11 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

1892, 1893 1894 del C.C. L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Articolo 12 - Oneri a carico del Contraente

Il Contraente si impegna a consegnare a ciascun Assicurato, al più tardi al momento della sottoscrizione della scheda di adesione, le Condizioni contrattuali fornite dalla Società.

A tal fine la Società si impegna a fornire al Contraente il materiale contrattuale in vigore nonché a comunicare e rendere disponibili tempestivamente eventuali modifiche e/o variazioni delle stesse.

Articolo 13 - Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 – Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

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.

Tale disposizione contrattuale è altresì operante sia per tutti i pagamenti posteriori alla fase di aggiudicazione e stipula del contratto, sia per i pagamenti di rate, appendici e/o regolazioni premio successive, scaturenti dal medesimo contratto assicurativo.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Articolo 15.1 - Beneficiari

Il contraente definisce i soggetti beneficiari del contratto.

15.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente designa il/i Beneficiario/i del presente contratto.

E' prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi il/i Beneficiario/i del presente contratto che saranno, salva sua espressa diversa volontà, designati in forma nominativa: la designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora l'Assicurato, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, XXXXXX potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i.

L'Assicurato, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/il Beneficiario/i, a cui XXXXXX potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

L'Assicurato potrà, inoltre, escludere l'invio delle comunicazioni relative al presente contratto al/i Beneficiario/i designato/i in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato, ovvero modificare le scelte effettuate.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a XXXXXX per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente e dall'Assicurato se ne ha facoltà, in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

dopo che l'Assicurato abbia comunicato per iscritto a XXXXXX di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a XXXXXX di accettare il beneficio;

da parte degli eredi al decesso dell'Assicurato; e

in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a XXXXXX la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

15.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora l'Assicurato designi espressamente più di un beneficiario, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.

15.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Qualora per espressa volontà dell'Assicurato, i beneficiari siano individuati con il generico riferimento agli eredi (siano essi legittimi o testamentari) anziché essere identificati in forma nominativa, XXXXXX farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui l'Assicurato abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

15.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un beneficiario muoia prima dell'Assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito

in parti uguali tra:

Nel caso del precedente articolo 15.2: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto

Nel caso del precedente articolo 15.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 - RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche - Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
IBAN di ciascun Beneficiario;
nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gliAssicurato/i;
nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
numero di Polizza (se conosciuto);
dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. normativa DAC2 e CRS);
dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile. Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un facsimile di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri facsimile utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

Per i pagamenti e per la documentazione da consegnare per l'accertamento della condizione di invalidità permanente si veda il precedente articolo 4 delle Condizioni contrattuali.

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

CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso da ufficiale di stato civile.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'Assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a XXXXXX di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 4 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento– potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un facsimile di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso

Inoltre, in caso di:

decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso

decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo articolo è necessaria alla valutazione del sinistro, non sia fornita a XXXXXX dall'avente/i diritto entro il termine di sei mesi dalla data di denuncia, XXXXXX provvederà ad archiviare la richiesta di pagamento. Resta ferma la possibilità

dell'avente/i diritto di richiedere una nuova valutazione inviando i documenti necessari nei termini previsti dalla Prescrizione.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1a) Se l'Assicurato non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei

seguenti documenti dal quale risulti che l'Assicurato non ha lasciato testamento:

atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1b) Se l'Assicurato ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

Se la designazione del beneficio sia stata fatta dall'Assicurato genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

autorizza la riscossione degli importi spettanti;

individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;

indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un facsimile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i suoi eredi, dovranno

necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate al successivo punto F)- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente il/i Beneficiario/i della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e il/la coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, XXXXXX comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria
ulteriore come previsto alla lettera E.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Articolo 17 - Consenso trattamento dati assicurati

Il Contraente si impegna, in base a quanto previsto dall'informativa privacy in vigore al momento della sottoscrizione del contratto, a raccogliere il consenso al trattamento dei dati personali di ogni Assicurato da inserire nella polizza-elenco, con la singola sottoscrizione dello specifico modello predisposto dalla Società.

Articolo 18 - Imposte

Le eventuali tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari aventi diritto.

Articolo 19 - Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 20 - Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero

proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 21 - Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, XXXXXX non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 22 - Modifiche contrattuali

XXXXXX modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 23 - Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio dell'estratto conto annuale XXXXXX comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.

L'obbligo informativo in capo a XXXXXX si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a XXXXXX qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 24 - Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto all'Intermediario; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dall'Intermediario stesso il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dall'Intermediario, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dall'Intermediario e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte dell'Intermediario, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente all'Intermediario stesso potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede all'Intermediario od ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. lgs 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte dell'impresa nei confronti dell'Intermediario nel caso di omesso versamento del premio da parte dell'Intermediario sul conto separato.

L'Intermediario è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli Assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. lgs 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento IVASS n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico all'Intermediario senza affidarne un altro ad Altro Intermediario oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Intermediario un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico all'Intermediario cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed l/gli Intermediario/i o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Glossario

Nel presente documento sono contenute e esplicate tutte le terminologie tecniche specifiche di un contratto sulla vita. Il documento è suddiviso in cinque parti:
definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita;
definizioni relative alla polizza;
definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto;
definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita.

Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica (Dirigente di azienda industriale), che non coincide con il Contraente, sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del contratto.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)
Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario assicurativo

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tali attività.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla Legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla propensione al rischio.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario

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.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (S.D.D. - Sepa Direct Debit), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturatorisultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni contrattuali.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla

vita umana dell'assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Polizza-elenco

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione nel quale sono elencati tutti gli Assicurati con indicazione per ciascuno di essi della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso

dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data.

Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Rateo di premio

Parte del premio annuo corrisposta per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno.

Sovrappremio

Maggiorazioni di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Prestazioni in caso di decesso Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Capitale in caso di invalidità permanente

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente superiore ai due terzi, il pagamento del capitale assicurato.

SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della TCM/IPT n°

Contraente: C.A.S.S.A.
Via G. Sigieri, 14 - 20135 Milano
C.F.: 97534270018

Associato Fondazione Human Technopole
Viale Rita Levi-Montalcini, 1 - Area MIND – Cargo 6
20157 Milano
C.F. 97821360159

Durata del contratto: 2 anni (con facoltà di ripetizione per ulteriori 12 mesi)

Frazionamento: annuale

Effetto dalle ore 00.00 del 01.01.2023

Rate intermedie al 01.01

Scadenza alle ore 24.00 del 01.01.2025

Assicurati

a) Dirigenti

Massimali Assicurati

Capitale pro-capite € 300.000

Elementi per il conteggio del premio annuo lordo

Vedi elenco assicurati allegato

Tracciato anagrafiche allegato	Premio lordo (euro)

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	
Imposte	-----
TOTALE	

In fase di aggiudicazione del rischio, alla Società aggiudicataria verranno comunicati i dati aggiornati per determinare il premio effettivo

La Società

Il Contraente
