

CAPITOLATO DI GARA

LOTTO 1 – AMBITO 1.6

GARA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA

LOTTO 1	Con decorrenza dalle ore 24 del	Con scadenza alle ore 24 del	CIG
Ambito 1.6 - Polizza T.C.M.	31/12/2018	31/12/2020	7628974C7E

**DA AGGIUDICARSI CON PROCEDURA APERTA AI SENSI
DEL D. LGS. N° 50 DEL 18 APRILE 2016 E SMI**

Lecce, 20 Settembre 2018

IL RUP

Arzene Sans

INDICE

TITOLO I - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

- Art. 1 - Definizioni
- Art. 2 - Attività Contraente

TITOLO II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 4 - Aggravamento del rischio
- Art. 5 - Diminuzione del rischio
- Art. 6 - Buona fede
- Art. 7 - Durata del contratto
- Art. 8 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 9 - Pagamento frazionato del premio annuale
- Art. 10 - Modifiche dell'assicurazione
- Art. 11 - Forma delle comunicazioni
- Art. 12 - Interpretazione del contratto
- Art. 13 - Oneri fiscali
- Art. 14 - Clausola Broker
- Art. 15 - Coassicurazione e delega (in caso di Coassicurazione)
- Art. 16 - Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art. 17 - Foro competente
- Art. 18 - Rinvio alle norme di legge

TITOLO III - CONDIZIONI DI GARANZIA

- Art. 19 - Limiti di età
- Art. 20 - Ingresso e permanenza in assicurazione
- Art. 21 - Capitali assicurati
- Art. 22 - Documentazione sanitaria
- Art. 23 - Documenti prodotti dalla Società
- Art. 24 - Sinistro che colpisca più teste
- Art. 25 - Beneficiari
- Art. 26 - Pagamenti della Società
- Art. 27 - Esclusioni della copertura per il caso morte
- Art. 28 - Invalidità totale e permanente
- Art. 29 - Obbligo della società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio

TITOLO IV - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Art. 30 - Scheda di copertura
- Art. 31 - Scheda di polizza

TITOLO V - DISPOSIZIONI FINALI

- Art. 32 - Riparto di coassicurazione
- Art. 33 - Disposizione finale

TITOLO I – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalità permanente	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Malattia	Per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Ricovero	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;

Art. 2 - Attività Contraente

Svolgimento di tutte le attività e competenze, presenti e/o future, previste dallo statuto sociale, dalla legge, dai regolamenti, dalle norme, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, comunque e ovunque svolte, con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, comprese tutte le attività accessorie, preliminari, complementari, connesse, collegate e conseguenti alle principali, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa ne eccettuata.

A mero titolo esemplificativo e non limitativo il Contraente/Assicurato svolge anche le seguenti attività:

- Rimozione, ganasciatura e deposeria giudiziaria;
- Manutenzione ed installazione segnaletica orizzontale e verticale;
- Manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti semaforici;
- Attività di trasporto pubblico urbano e filoviario;
- Gestione di aree di sosta e di terminal Bus/Filobus;
- Gestione/utilizzo della rete filoviaria e delle infrastrutture di trazione elettrica necessaria per l'esercizio dei filobus.

TITOLO II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio,

possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 Codice Civile).

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla prima comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 Codice Civile).

Art. 6 - Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 7 - Durata del contratto

Il contratto avrà durata poliennale con effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2018 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2020.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le parti. Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

E' facoltà del Contraente, ai sensi del comma 11 art. 106 del D.Lgs. 50/2016, richiedere la proroga dei contratti, alle medesime condizioni contrattuali e tariffarie, per il tempo necessario al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione delle nuove polizze e, comunque, per un massimo di 180 giorni, previo invio, entro 30 giorni dalla scadenza, di richiesta scritta all'assicuratore a mezzo raccomandata AR o pec.

Art. 8 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio che sarà pagato dalla Stazione Appaltante sarà quello risultante dalla gara d'appalto e determinato mediante ribasso sugli importi a base di gara.

Per il pagamento della prima rata di premio, e delle successive rate, in deroga all'art. 1901 del C.C., viene concesso un "termine di rispetto" di 30 gg dalla data di decorrenza della garanzia.

Se il Contraente non paga nei termini innanzi stabiliti, l'assicurazione resta automaticamente sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del relativo "termine di rispetto" fino alle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento.

Art. 9 - Pagamento frazionato del premio annuale

La Contraente provvederà al pagamento del premio con frazionamento semestrale e sono esclusi i diritti di frazionamento.

Art. 10 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 11 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni fra le Parti per essere valide devono essere fatte per iscritto, a mezzo lettera raccomandata, telegramma, telefax o email per il tramite del Broker a cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni e clausole tutte del presente contratto.

Art. 13 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al presente contratto sono a carico del Contraente.

Art. 14 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avvalersi per la gestione ed esecuzione del presente contratto del servizio di brokeraggio assicurativo dell'A.T.I. composta da Adriateca S.r.l. (in qualità di Mandataria) e Italtbrokers S.p.A. (in qualità di Mandante), in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti il contratto in oggetto saranno gestiti, per conto del Contraente dal Broker. Pertanto gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La remunerazione del Broker è a carico delle Compagnie aggiudicatrici nella misura di seguito indicata, in percentuale sul premio imponibile:

Lotto	% sul premio imponibile
LOTTO 1	
Ambito 1.6 - Polizza T.M.C.	7,98% (SETTE/98 PER CENTO)

Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 15 - Coassicurazione e delega (in caso di Coassicurazione)

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società:

- la Compagnia delegataria è l'unica responsabile della completa gestione del contratto e rappresenta ad ogni effetto le coassicuratrici. La Compagnia delegataria risponde per l'intera copertura del rischio, in deroga all'art. 1911 c.c., e corrisponderà integralmente il risarcimento dovuto, salvo rivalsa nei confronti delle altre imprese coassicuratrici;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto e alle condizioni di polizza allegate, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Delegataria;
- ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Art. 16 - Tracciabilità dei flussi finanziari

(Legge 13 Agosto 2010 n. 136 e s.m.i. "Piano straordinario contro le mafie" e D. L. 12 Novembre 2010 n. 187 "Misure urgenti in materia di sicurezza")

Allo scopo di assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari connessi al contratto in oggetto, fermo restando quanto previsto dall'art. 3, quinto comma, della legge 13/08/2010, n. 136 e s.m.i., l'impresa assicuratrice assume su di sé l'obbligo di utilizzare uno o più conti bancari o postali presso banche o presso la Società Poste Italiane Spa dedicati, anche non in via esclusiva.

Tutti i movimenti devono essere registrati su conti correnti dedicati e, salvo quanto previsto dall'art. 3, terzo comma, della suddetta legge 13/08/2010, n. 136, devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale.

Ogni eventuale inottemperanza a quanto sopra previsto costituirà clausola risolutiva espressa del contratto, ai sensi dell'art. 3, ottavo comma, della predetta legge 13/08/2010, n. 136 e s.m.i., con conseguente chiamata in cassa

ed incameramento della polizza fideiussoria presentata a titolo di cauzione definitiva e ferma restando la facoltà del Contraente di esigere il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Il Contraente si riserva, inoltre, di svolgere tutti i controlli necessari affinché i contratti sottoscritti con i subappaltatori ed i sub-contraenti nella filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate al servizio contengano una clausola a pena di nullità assoluta del contratto con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 136/2010 e s.m.i. .

Art. 17 - Foro competente

In caso di controversia è riconosciuto come unico Foro competente il **Foro di Lecce**.

Art. 18 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme del bando di gara, o equivalente atto, e di legge.

TITOLO III – CONDIZIONI DI GARANZIA

Art. 19 - Limiti di età

Possono essere inclusi 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 o del rinnovo dell'assicurazione, non inferiore a 18 e non superiore a 75. L'assicurazione é limitata al solo caso di morte per età superiori a 70 anni. L'assicurazione non é rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 75 anni di età.

Art. 20 - Ingresso e permanenza in assicurazione

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

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

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

Essa fornirà altresì ogni tipo di documentazione che fosse richiesta dalla Società per l'inserimento degli assicurandi nella collettiva o per il pagamento della prestazioni garantite.

Non sono assicurabili coloro che già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione della propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le normali abitudini, a meno del 50% o avessero già in corso accertamenti a tale scopo, prima del loro ingresso in copertura.

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

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

Art. 21 - Capitali assicurati

I capitali assicurati all'inizio di ogni anno sulle singole teste sono quelli comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base a quanto contenuto nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. Essi saranno comunque rispondenti a criteri oggettivi, uniformi ed indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

Art. 22 - Documentazione sanitaria

Le coperture assicurative saranno assunte senza alcuna formalità di carattere sanitario.

Art. 23 - Documenti prodotti dalla Società

La Società rilascerà al Contraente in occasione di ciascun versamento una quietanza relativa ai premi complessivamente versati accompagnata da un'appendice distinta facente parte integrante del presente contratto nella quale verranno elencati gli assicurati, i relativi capitali ed i premi. Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'appendice distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dal ricevimento della stessa. In mancanza di rilievi e trascorsi i trenta giorni l'appendice s'intenderà controllata e ritenuta esatta.

Art. 24 - Sinistro che colpisca più teste

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

Art. 25 - Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dalla presente polizza sono i soggetti previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. In mancanza di previsione, beneficiari dell'assicurazione saranno:

- Per il caso morte i soggetti indicati dall'assicurato stesso o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari o, in difetto di testamento, gli eredi legittimi;
- Per il caso invalidità permanente l'assicurato stesso.

Il Contraente comunicherà alla Società la data della morte dell'Assicurato. In caso di sopraggiunta invalidità valgono le norme di cui all'Art.28.

In ogni caso il Contraente fornirà la documentazione atta ad individuare con esattezza i beneficiari dell'assicurazione.

Art. 26 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti dovuti dalla Società, debbono essere consegnati preventivamente alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, insieme alla richiesta di liquidazione.

Art. 27 - Esclusioni della copertura per il caso morte

Il rischio morte é coperto qualunque possa esserne la causa, senza l'applicazione di alcun limite territoriale. E' esclusa solo la morte causata da:

- attività dolosa del beneficiario;
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni non di regolarità pura;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in tal 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 idoneo brevetto e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Art. 28 - Invalidità totale e permanente

S'intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno in occupazioni confacenti le sue attitudini, in misura superiore superiore al 66% della propria capacità lavorativa, sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro.

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

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

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

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono fare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, specifica certificazione medica attestante il sopravvenuto stato di invalidità ed il relativo grado della stessa, nonché la documentazione medica corredata di tale attestazione; la Società dovrà essere inoltre informata della contestuale esistenza di una pratica di riconoscimento dell'invalidità avviata presso l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza. La Società s'impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data di ricevimento della lettera raccomandata di cui sopra.

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

- l'età dell'Assicurato non sia superiore a 70 anni
- la denuncia sia stata comunicata alla Società entro 60 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza

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

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

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

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

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

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

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

In caso di mancato accordo sul terzo arbitro, lo stesso verrà nominato dal presidente dell'Ordine dei Medici avente sede ove risiede l'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il termine di 30 giorni senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire qualsiasi accertamento di carattere preliminare od incidentale.

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

Dalla data di ricevimento della raccomandata di denuncia del sinistro di cui al punto C) che precede, il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre la Società s'impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate. Se l'invalidità viene riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale l'obbligo al pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite. Se l'invalidità non viene riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

Art. 29 - Obbligo della società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;

- per i sinistri respinti, le motivazioni scritte.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

TITOLO IV - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Art. 30 - Scheda di copertura

1.	Contraente: SGM SPA											
2.	Durata del Contratto: dalle ore 24:00 del 31/12/2018 alle ore 24:00 del 31/12/2020											
3.	Identificazione del rischio: L'assicurazione di cui al presente contratto é un'assicurazione collettiva che garantisce la copertura del rischio morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati specificati nella appendice n. 1, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione. La garanzia comprende anche il rischio di suicidio, con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.											
4.	Categorie assicurate: <input type="checkbox"/> Dirigenti identificati nominalmente nella appendice 1)											
5.	Somme assicurate: La somma assicurata è quella indicata per persona nell'appendice 1)											
6.	Calcolo del premio: Il premio viene determinato applicando i tassi di cui alle seguenti tabelle al massimale e verrà riportato in apposita appendice 1) a margine della presente polizza:											
MASCHI												
	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
	18		19		20		21		22		23	
	24		25		26		27		28		29	
	30		31		32		33		34		35	
	36		37		38		39		40		41	
	42		43		44		45		46		47	
	48		49		50		51		52		53	
	54		55		56		57		58		59	
	60		61		62		63		64		65	
	66		67		68		69		70		71	
	72		73		74		75					
FEMMINE												
	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
	18		19		20		21		22		23	
	24		25		26		27		28		29	
	30		31		32		33		34		35	
	36		37		38		39		40		41	
	42		43		44		45		46		47	

48		49		50		51		52		53	
54		55		56		57		58		59	
60		61		62		63		64		65	
66		67		68		69		70		71	
72		73		74		75					

Art. 31 - Scheda di polizza

Elenco assicurati, premi e capitali

Assicurato n.	Data di nascita	Età	Sesso	Capitale Assicura- to	Premio
1	30.11.1960	57	F	€ 220.000,00=	
2	02.12.1967	50	M	€ 220.000,00=	

TITOLO V - DISPOSIZIONI FINALI

Art. 32 - Riparto di coassicurazione

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

(da compilarsi solo in caso di RTI o coassicurazione)

Compagnia	Denominazione Società	Percentuale di ritenzione
Mandataria/delegataria		
Mandante/Coassicuratrice		
Mandante/Coassicuratrice		

Art. 33 - Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
