

# **POLIZZA DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA**

## **PER IL CASO MORTE**

La presente polizza è stipulata tra la Contraente

<b>AUTORITA' DI SISTEMA PORTUALE DEL MAR LIGURE OCCIDENTALE</b>
<b>Via della Mercanzia, 2 16124 Genova (GE)</b>
<b>C.F / P. IVA: 02443880998</b>
<b>N. CIG Z792BD685D</b>

**e la Compagnia di Assicurazione**

	<b>Nome .....</b>	
	<b>Via/Piazza</b>	
	<b>C.F / P. IVA</b>	
	<b>.....</b>	

**Durata del contratto**

<b>dalle ore 24.00 del</b>	<b>1/05/2020</b>
<b>alle ore 24.00 del</b>	<b>1/05/2021</b>

## DEFINIZIONI

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

<b><u>Assicurazione :</u></b>	Il contratto di assicurazione
<b><u>Polizza :</u></b>	Il documento che prova l'assicurazione;
<b><u>Contraente :</u></b>	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
<b><u>Assicurato :</u></b>	è la persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto
<b><u>Beneficiario :</u></b>	è la persona fisica o giuridica designata dalla Contraente cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
<b><u>Capitale Assicurato:</u></b>	è la prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
<b><u>Carenza:</u></b>	è il periodo durante il quale la garanzia del contratto di assicurazione non è efficace o l'efficacia è limitata.
<b><u>Società :</u></b>	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
<b><u>Costi (o spese):</u></b>	Oneri a carico della Contraente gravanti sul Premio
<b><u>Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:</u></b>	è la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
<b><u>Data di Scadenza:</u></b>	data in cui cessano gli effetti del Contratto.
<b><u>Diritti (propri) dei Beneficiari:</u></b>	diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione della Contraente.
<b><u>Durata Contrattuale:</u></b>	periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla data di scadenza del Contratto (1 anno) .
<b><u>Esclusioni:</u></b>	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
<b><u>Perfezionamento del Contratto:</u></b>	coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che la Contraente abbia pagato il Premio Totale e abbia compilato e sottoscritto la Proposta Contrattuale e l'Assicurato abbia compilato il modulo di adesione e la documentazione sanitaria richiesta e che quest'ultima sia stato accettato dalla Compagnia.
<b><u>Premio Totale:</u></b>	importo che la Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale.

<b><u>Proposta Contrattuale:</u></b>	modulo sottoscritto dalla Contraente, in qualità di proponente, con il quale conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. E' soggetto all'approvazione della Compagnia.
<b><u>Recesso:</u></b>	diritto della Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto.
<b><u>Revoca:</u></b>	diritto della Contraente di revocare la propria Proposta Contrattuale prima del perfezionamento del Contratto
<b><u>Rischio :</u></b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b><u>Sinistro :</u></b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b><u>Indennizzo :</u></b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b><u>Annualità assicurativa o periodo assicurativo :</u></b>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **Art. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

### **Art. 2 PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO**

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale dell'impresa assicuratrice che concede la copertura assicurativa. La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

### **Art. 3 DURATA DELL' ASSICURAZIONE**

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

E' facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 (sei) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordo fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

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

### **Art. 4 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Compagnia. La copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza ed è subordinata:

- alla presentazione del Modulo di Adesione, sottoscritto dall'Assicurato, che contiene la presa di conoscenza ed il consenso all'assicurazione, qualora il contratto non sia stato stipulato in adempimento di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero di Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali noti all'Assicurato;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato nel successivo art. 24, formalizzato dalla Compagnia attraverso l'emissione di una apposita Appendice;
- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato o dal Contraente al momento dell'adesione;
- al pagamento del premio, fermo restando quanto previsto al successivo art. 5

La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
- consegnare l'informativa, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e raccogliere il consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati;
- consegnare copia delle presenti condizioni di polizza;

- consegnare ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle condizioni di polizza.

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

La Contraente dovrà anche comunicare alla Compagnia – per consentire l'esatta valutazione dei rischi – l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita e sugli infortuni degli Assicurati, stipulata dalla stessa Contraente (e/o dalle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) o di cui la Contraente (e/o le società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) fosse a conoscenza. La Compagnia terrà conto di tali eventuali altre polizze stipulate per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione, la Contraente dovrà comunicare, per il conseguente rinnovo (se previsto), le eventuali modifiche intervenute nella Contraente medesima (e/o nelle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato.

#### **Art. 5 PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto come normato all'Art.4; se il contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive entro il 60° giorno dalla scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte del contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

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

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

#### **Art. 6 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI**

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

#### **Art. 7 VARIAZIONI DI RISCHIO**

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione di non accettazione delle nuove condizioni, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla data di comunicazione fatta dal Contraente.

A parziale deroga dell'art. "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" - l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

#### **Art. 8      FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ'**

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata, fax, posta elettronica, posta elettronica certificata, o altro mezzo idoneo, indirizzate alla Società.

#### **Art. 9      TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO**

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

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e alla liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

#### **Art. 10     FORO COMPETENTE**

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente, fatto salvo quanto previsto dal Dlgs 28/2010 ss.mm.ii..

#### **Art. 11     ONERI FISCALI**

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art. 12     RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è regolato dalla polizza valgono le norme di Legge.

#### **Art. 13     ELEZIONE DI DOMICILIO**

La Società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

#### **Art. 14     COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERATIVA NEL SOLO CASO DI COASSICURAZIONE EX ART. 1911 C.C)**

Qualora la polizza risulti ripartita tra diverse Società Coassicuratrici, la sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici, indicate in polizza o appendice, a firmare anche in loro nome per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione o Agenzia della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, nessuna esclusa, s'intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, ivi comprese citazioni e notificazioni di carattere processuale. La Società Delegataria è incaricata dalle Società Coassicuratrici dell'intera gestione della polizza di assicurazione, ivi compresi, ad esempio, l'esazione dell'intero premio, il rilascio quietanze, la liquidazione ed il pagamento dei danni.

Si dà e si prende atto che non vi è responsabilità solidale tra le Società Coassicuratrici.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato, il quale tratterà con la sola Delegataria; è fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

#### **Art. 15 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI**

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP. – CIG/CUP .

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

#### **Art. 16 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

#### **Art. 17 VALIDITA' TERRITORIALE**

L'Assicurazione è operante per i danni che avvengano nei territori di tutti i Paesi del Mondo.

## **NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO**

### **Art. 18 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI DECESSO**

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

Tali moduli saranno prontamente forniti dalla Compagnia previa richiesta del Contraente o dell'Assicurato. La Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori a favore dei Beneficiari.

Ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano.

Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di due anni dalla loro esigibilità sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".

### **Art. 19 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE**

L'assicurazione è estesa anche al sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dalla stessa Contraente con la Compagnia.

In tali casi la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo pari a 15 volte il capitale medio assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo sarà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

## **NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE PER IL CASO MORTE**

### **Art. 20 PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO**

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa, la Compagnia pagherà in un'unica soluzione ai Beneficiari, il Capitale Assicurato in vigore al momento del decesso sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

In caso di sinistro che colpisca più teste assicurate a seguito di uno stesso evento accidentale verrà liquidato un importo complessivo che non potrà essere superiore a 15 volte il capitale medio assicurato.

L'importo del Capitale Assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni indicate al successivo articolo 22 e le limitazioni indicate al successivo articolo 23.

### **Art. 21 ESCLUSIONI**

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

- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;



- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo o sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di ingresso dell'Assicurato nel Contratto.

In tutti questi casi, la Compagnia corrisponderà solamente un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei relativi diritti fissi.

## **Art. 22 LIMITAZIONI**

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di Carenza, purché si sottoponga a visita medica ed accettando le modalità e gli oneri che ne dovessero derivare, il presente Contratto viene assunto con la sola compilazione della Dichiarazione da parte della Contraente o dell'Assicurato.

Di conseguenza, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro il primo mese dalla data di ingresso dell'Assicurato in assicurazione e la Polizza sia al corrente con il pagamento dei Premi, la Compagnia corrisponderà - in luogo del Capitale Assicurato - una somma pari all'ammontare dei Premi versati al netto dei diritti fissi.

La Compagnia non applicherà entro il primo mese dalla data di ingresso dell'Assicurato in assicurazione la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero Capitale Assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro il primo anno dalla data di ingresso nel Contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato non sarà pagato.

Ciò premesso, l'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

## **Art. 23 DOCUMENTAZIONE SANITARIA - ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI**

L'assicurazione sarà prestata, di norma, in base alle dichiarazioni rilasciate dalla Contraente o dagli Assicurati su un apposito modulo fornito dalla Compagnia concernente il loro stato di salute.

Le modalità assuntive, qualora si tratti di lavoratori dipendenti e l'assicurazione sia per essi stipulata da datori di lavoro in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali, sono le seguenti:

Contraente: Azienda con adesione obbligatoria, la dichiarazione spetta al datore di lavoro

Contraente: Associazione con adesione facoltativa, la dichiarazione spetta all'Assicurato

La Compagnia si riserva comunque - anche in relazione alle caratteristiche del gruppo, all'entità dei capitali assicurati e, per le assicurazioni ad adesione facoltativa, alla numerosità degli Assicurati aderenti rispetto all'intero gruppo assicurabile - il diritto di richiedere particolari documentazioni od accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico della Contraente o dell'Assicurato.

La garanzia non può essere prestata sino all'avvenuta acquisizione da parte della Compagnia della suddetta documentazione e/o all'esecuzione degli accertamenti sanitari e accettazione da parte della stessa delle nuove somme assicurate perfezionata attraverso l'emissione di una apposita Appendice.

#### **Art. 24 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO**

Per Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio in proporzione alla durata della copertura a cui verranno sommati i Diritti Fissi.

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza.

#### **Art. 25 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO**

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte, sarà rimborsato il rateo di premio relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto al netto dei diritti fissi.

Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia.

La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 24.00 del giorno di esclusione dalla polizza del singolo Assicurato

#### **Art. 26 LIMITI DI ETÀ**

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'Assicurato sia compresa tra 18 e 68 anni e non è rinnovabile per coloro che alla data del rinnovo abbiano superato il sessantottesimo anno di età.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa, ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi, l'età è quella prossima da compiere.

#### **Art. 27 RISCATTO E PRESTITI**

Non è prevista la possibilità di riscattare il Contratto né quella di ottenere la concessione di prestiti.

#### **Art. 28 VINCOLO**

L'Assicurato può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace solo quando la Compagnia, ne faccia annotazione sull'originale del Modulo di Adesione o su Appendice.

#### **Art. 29 BENEFICIARI**

Beneficiari delle prestazioni assicurative sono i soggetti indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero dai Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

In assenza di specifiche previsioni in tal senso i Beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

L'Assicurato designa i Beneficiari per le prestazioni assicurative in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio, e le sue eventuali revoche o modifiche, devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R, compilando l'apposito modulo a cui va allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato, o fatte per testamento. Tali modifiche diventano efficaci dal momento in cui la Compagnia stessa ne ha fatto annotazione sull'originale di polizza attraverso emissione di apposita Appendice.

La Compagnia rilascerà alla Contraente il Fascicolo Informativo e in occasione di ciascun versamento - e per ciascuna delle eventuali società od enti alla stessa raggruppati, associati, convenzionati o iscritti - una Appendice relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata dall'Elenco degli Assicurati, facente parte integrante del presente contratto, nel quale saranno elencati gli Assicurati, i relativi capitali, i premi e la durata della garanzia.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati in tale elenco dovranno essere comunicati alla Compagnia tempestivamente e, comunque, entro 60 giorni dalla data di ricevimento per le opportune rettifiche.

### **Art. 30 PREMI DI ASSICURAZIONE**

A fronte delle prestazioni assicurate, la Contraente è tenuta a pagare un premio, da corrispondere tramite un versamento unico annuale all'inizio di ciascun periodo assicurativo.

L'entità del premio dovuto per ciascun Assicurato dipende esclusivamente dal Capitale Assicurato prescelto, dallo stato di salute dell'Assicurato e dalle attività professionali svolte ed è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato.

<b>Capitale Assicurato</b>	<b>Premio lordo annuo procapite</b>
100.000,00 Euro	

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

<b>N. Soggetti assicurati</b>	<b>Capitale Assicurato</b>	<b>Premio lordo annuo complessivo</b>
255	100.000,00 Euro	
	<b>Totale</b>	

Data.....

**IL CONTRAENTE**

**LA SOCIETA'**