

POLIZZA DI ASSICURAZIONE VITA CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

Azienda Regionale Veneto Agricoltura

e

**Società Assicuratrice
Agenzia di**

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del : 31.12.2011
Alle ore 24.00 del : 31.12.2014

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni 31.12

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione del rischio

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

- Art.1 Limiti di età
- Art.2 Ingresso e permanenza in assicurazione
- Art.3 Capitali assicurati
- Art.4 Documentazione sanitaria
- Art.5 Durata del contratto
- Art.6 Premi di assicurazione
- Art.7 Documenti prodotti dalla società
- Art.8 Sinistro che colpisca più teste
- Art.9 Beneficiari
- Art.10 Pagamenti della società
- Art.11 Esclusioni della copertura per il caso morte
- Art.12 Condizioni che regolano il rischio di invalidità totale e permanente
- Art.13 Modifiche dell'assicurazione
- Art.14 Forma delle comunicazioni del contraente alla società
- Art.15 Oneri fiscali
- Art.16 Foro competente
- Art.17 Interpretazione del contratto
- Art.18 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.19 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.20 Coassicurazione e delega
- Art.21 Clausola broker
- Art.22 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 IDENTIFICAZIONE ASSICURATI, MASSIMALI E PREMI

- Art.1 Identificazione degli assicurati
- Art.2 Massimali
- Art.3 Calcolo del premio
- Art.4 Riparto di coassicurazione
- Art.5 Disposizione finale

SEZIONE 1 DEFINIZIONI ED IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
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.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker:	GPA S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
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.
Malattia:	Per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure
Invalità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 – 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 alla Sezione 3 Art.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.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

Art. 1 – 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. 2 – 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. 3 – 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. 4 – Documentazione sanitaria

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

Art. 5 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 120 giorni prima della suddetta scadenza. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della

n.

Pag. 6 di 14

corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 6 – Premi di assicurazione

L'assicurazione viene prestata dietro la corresponsione, all'inizio di ciascun periodo assicurativo, di un premio determinato in base ai tassi riportati nell'Allegato 1 con riferimento all'età raggiunta alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione e al relativo capitale assicurato.

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

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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.

Qualora, a seguito delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso la società EQUITALIA SERVIZI SPA, ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere il rischio di cui trattasi in copertura, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta società EQUITALIA SERVIZI SPA.

LaLa Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla legge n. 136/2010 ed s.m.i..

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso e dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati nell'esecuzione del presente contratto, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione al Contraente ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di Padova della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dall'assicurazione, la polizza dovrà essere considerata estinta ed i premi pagati rimarranno acquisiti dalla Società

Art. 7 – 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. 8 – 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. 9 – 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.

n.

Pag. 7 di 14

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.12.

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

Art. 10 – 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. 11 – Esclusioni della copertura per il caso morte

Il rischio morte è 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. 12 – Condizioni che regolano il rischio di invalidità totale e permanente

A) 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 al 66% della propria capacità lavorativa, sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro

B) 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

C) 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

n.

Pag. 8 di 14

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.

- D) 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.
- E) 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.
- F) 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.
- G) 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. 13 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 14 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telex o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 15 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

n.

Pag. 9 di 14

Art. 16 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 17 - 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. 18 – 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.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Beneficiari in tutti gli atti necessari alla gestione e 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. 19 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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.

Art. 20 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza, a qualsiasi causa dovuta, di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Per inadempienza s'intende la mancata erogazione della prestazione prevista nella presente polizza entro i termini in essa fissati.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art. 21 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla ATI costituita tra le Società di Brokeraggio assicurativo GPA SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre

n.

Pag. 10 di 14

Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643 (mandataria), e Sigma Studi Assicurativi S.r.l., con sede in Silea (TV) Via Galileo Galilei, 1, iscritta al RUI – Sez. B al n. B000060722 (mandante); la suddetta ATI è Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite il Broker, rappresentato dalla predetta Società mandataria GPA SpA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- 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.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Art. 22 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 IDENTIFICAZIONE ASSICURATI, MASSIMALI E PREMI

Art.1 Identificazione assicurati

L'Assicurazione copre le persone fisiche aventi la qualifica di Dirigente del Contraente, identificati nominalmente in appendice alla presente polizza

Art.2 Massimali

Il massimale per persona é pari a €.220.000,00 per le persone con familiari a carico e di €.150.000,00 per le persone senza familiari a carico sia per il caso morte che per il caso invalidità permanente.

Art.3 – Calcolo del premio

Il premio viene determinato applicando i tassi di cui alle seguenti tabelle al massimale e verrà riportato in apposita appendice a margine della presente polizza :

Maschi			
Età	Tasso per mille	Età	Tasso per mille
18		45	
19		46	
20		47	
21		48	
22		49	
23		50	
24		51	
25		52	
26		53	
27		54	
28		55	
29		56	
30		57	
31		58	
32		59	
33		60	
34		61	
35		62	
36		63	
37		64	
38		65	
39		66	

40		67	
41		68	
42		69	
43		70	
44			

Femmine			
Età	Tasso per mille	Età	Tasso per mille
18		45	
19		46	
20		47	
21		48	
22		49	
23		50	
24		51	
25		52	
26		53	
27		54	
28		55	
29		56	
30		57	
31		58	
32		59	
33		60	
34		61	
35		62	
36		63	
37		64	
38		65	
39		66	
40		67	
41		68	
42		69	
43		70	
44			

Art.4 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.5 – 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

APPENDICE N.1

Elenco assicurati, premi e capitali

Assicurato n.	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Data di nascita	Età	Sesso	Capitale Assicurato	Premio
1			07/02/1966	45	M	220.000	
2			16/10/1957	53	M	220.000	
3			28/10/1956	54	F	220.000	
4			15/07/1954	56	M	220.000	
5			22/06/1955	56	M	220.000	
6			12/01/1952	59	M	220.000	
7			04/09/1956	54	F	220.000	
8			01/05/1953	58	M	220.000	
9			08/04/1957	54	F	220.000	
10			04/02/1957	54	M	220.000	
11			09/12/1954	56	M	220.000	
12			09/07/1962	48	M	220.000	
13			01/03/1962	49	M	220.000	
14			16/06/1953	58	M	220.000	
15			15/04/1960	51	M	220.000	
16			15/02/1971	40	M	150.000	

Dati al 31/12/2011

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=