

Ferrovie Appulo Lucane
CORSO ITALIA, 8
70123 Bari (BA)

**Capitolato di Polizza di Assicurazione
Cumulativa Vita Dirigenti**

Lotto III

GBS SpA
General Broker Service
Direzione Generale
00153 Roma - Via Angelo Bargoni, n. 8
Tel +39 06 83090.3 pbx - Fax +39 06 45200414 pbx
E-mail: gbs@gbsspa.it

Definizioni

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	Quella svolta in qualità di Ferrovie Appulo Lucane per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BENEFICIARIO	- in caso di morte, sono i soggetti individuati dall'Assicurato e, in mancanza della designazione, gli eredi legittimi o testamentari. - in caso di invalidità permanente, l'assicurato stesso.
BROKER	La G.B.S. S.p.A. General Broker Service (in seguito detta General Broker o più semplicemente Broker).
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
POLIZZA	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCHEDA DI POLIZZA	Documento emesso dalla Società, riportante il nome e cognome degli Assicurati, la data di nascita, data di effetto garanzia, importo da corrispondere per ogni assicurato, somme previste per il caso morte ed il caso invalidità
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice.

La Società

Il Contraente

Art. 1 - Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva:

* di impugnare l'assicurazione e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'art. 1892 C.C., quando esiste malafede o colpa grave;

* di recedere dall'assicurazione o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'art. 1893 C.C., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore della garanzia, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile, le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che venga pagato dal Contraente, integralmente e in via anticipata, il premio di assicurazione entro 30 giorni dalla data di emissione dei documenti contrattuali da parte della Società.

Il premio anche se frazionato in più rate è dovuto per intero.

In caso di frazionamento del premio il mancato pagamento, anche di una sola rata, determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della rata, la sospensione della garanzia mentre i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

I termini di cui sopra si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Entro 180 giorni dalla data della scadenza di pagamento del premio non corrisposto, il Contraente può riattivare le garanzie pagando il premio arretrato.

La riattivazione della garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato. Trascorsi 180 giorni dalla data della scadenza di pagamento del premio non corrisposto, il contratto si risolve e la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, può richiedere nuovi accertamenti sanitari.

La richiesta del Contraente di apportare eventuali rettifiche ai documenti contrattuali non sarà motivo di modifica del termine utile per il pagamento del premio, il quale dovrà essere pagato integralmente nell'importo indicato, salvo successivo conguaglio.

Art. 1.4 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'Allegato (Prospetto di offerta), non è previsto il tacito rinnovo. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 60 (sessanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto di 120 (centoventi) giorni dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Art. 1.5 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.6 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente/Assicurato.

Art. 1.7 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.8 – Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- Che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della

disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.

- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti, secondo quanto disciplinato dagli accordi tra le stesse ed il Broker incaricato. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.9 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio si determina in base all'età raggiunta dagli Assicurati all'inizio di ciascun anno di calendario, che costituisce la riconvenza annuale dell'assicurazione.

Ad ogni scadenza anniversaria, il premio annuale sarà aggiornato, per ogni Assicurato rimasto in copertura, secondo i tassi della tariffa riportati nell'Allegato (Prospetto di offerta). Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio determinati riducendo i premi annui in proporzione alla durata della copertura; il calcolo verrà effettuato in ragione di 1/365° del premio annuo.

Art. 1.10 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 1.11 – Tracciabilità dei Flussi Finanziari

Le Parti:

- L'assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 Legge della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone

delegate ad operare su di essi. L'assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi;

- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni .

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

La Società

Il Contraente

Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione in particolare

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano il contratto di assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare e le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte ed invalidità per dirigenti aziende industriali, è un'assicurazione collettiva che garantisce per la durata indicata nell'Allegato (prospetto di offerta), la copertura del rischio di morte e di invalidità permanente dei Dirigenti delle Ferrovie Appulo Lucane.

Le garanzie assicurative Morte e invalidità permanente sono coperte anche se causate da infortunio;

Ai fini della validità delle garanzie la Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle condizioni previste nel presente capitolo.

Art. 2.2 - Assicurati e somme assicurate

Assicurati sono tutti i Dirigenti in servizio presso l'Azienda Contraente, riportati nell'allegato Prospetto di offerta e successive modifiche, per cui sussiste l'obbligo previsto dall'Accordo/Regolamento Aziendale, per i quali la Società ha accettato il rischio e il Contraente ha corrisposto il relativo premio.

In sede di emissione della polizza da parte della ditta aggiudicataria e ad ogni scadenza annuale, verranno emesse dalla Società delle Schede di Polizza riepilogative, aggiornate in base all'età ed agli Assicurati in copertura.

I capitali assicurati sono quelli riportati nell'allegato "Prospetto di offerta". E' comunque facoltà dell'Azienda Contraente richiedere - in base all'accordo/regolamento integrativo aziendale - e a fronte del pagamento del relativo premio, la garanzia di un capitale aggiuntivo, stabilito per tutti gli assicurati, in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volontà del singolo assicurato.

Art. 2.3 - Documentazione sanitaria

Il Contraente ha l'obbligo di inviare alla Società la richiesta di ingresso in copertura dei Dirigenti o di aumento del capitale da assicurare, ed entro 15 giorni dalla data della richiesta di copertura dovrà inoltre fornire la seguente documentazione:

1. per capitali assicurati previsti dal C.C.N.L.

* una dichiarazione dell'Azienda attestante la non assenza del *Dirigente* dal lavoro per un periodo superiore a 20 giorni anche non consecutivi per malattia od infortunio negli ultimi sei mesi; i Dirigenti per i quali l'Azienda non sia in grado di fornire tale dichiarazione dovranno compilare il questionario anamnestico sulle proprie condizioni di salute (su modello fornito dalla Società);

* un modulo di adesione, debitamente compilato e sottoscritto dal Dirigente (su modello fornito dalla Società)

2. per capitali assicurati maggiori rispetto a quanto stabilito dal C.C.N.L.:

a) fino a Euro 260.000 (comprensivi del suddetto capitale stabilito dal C.C.N.L.)

- * la documentazione prevista al punto 1
- * il questionario anamnestico sulle proprie condizioni di salute da compilarsi a cura del Dirigente (su modello fornito dalla Società)
- b) fino a Euro 350.000 (comprensivi del suddetto capitale stabilito dal C.C.N.L.)
- * la documentazione prevista alla precedente lettera a)
- * rapporto del medico di famiglia (su modello fornito dalla Società)
- * analisi completa delle urine di laboratorio.
- c) Per capitali assicurati di importo superiore a Euro 350.000 la documentazione sanitaria verrà indicata di volta in volta.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di accettare o meno il rischio dandone comunicazione scritta.

Sulla base della documentazione sanitaria ricevuta la Società si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, o di accettare i rischi applicando eventuali soprapremi sanitari. Si precisa che in caso di aumento dei capitali assicurati richiesti dal Contraente l'eventuale soprapremio sanitario si rende applicabile anche al capitale già precedentemente assicurato. Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

La Società terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio ai fini della documentazione necessaria per la valutazione dei rischi da assicurare, delle eventuali altre polizze stipulate sullo stesso Assicurato.

In caso di accettazione delle coperture da parte della Società la medesima emetterà la scheda di polizza.

Art. 2.4 - Ingresso e permanenza nell'assicurazione

La garanzia per il caso di morte e quella per il caso di invalidità permanente decorrono per ciascun Assicurato:

a) nel caso di capitali assicurati nei limiti previsti dal C.C.N.L. dalle ore 24 del giorno in cui l'assicurando viene nominato Dirigente. La copertura assicurativa sarà comunque operante se la Contraente entro 15 giorni dalla data di nomina del Dirigente avrà comunicato alla Società la nomina stessa, fornendo tutte le informazioni (cognome, nome, data di nascita, capitale assicurato, beneficiari) necessarie per la definizione della copertura assicurativa.

Al fine di proseguire la copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di nomina dell'assicurando a Dirigente la Contraente dovrà far pervenire alla Società tutta la documentazione prevista dalle condizioni contrattuali di cui all'art. 2.3 che precede. Nel caso in cui nel questionario sanitario vi sia anche una sola risposta positiva o comunque dalla documentazione inviata emerga la necessità di ulteriore documentazione, la garanzia decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui la Società avrà manifestato il proprio assenso alla copertura mediante l'invio della scheda di polizza o, nel caso di richiesta di soprapremio, dalle ore 24.00 del giorno in cui la Società avrà ricevuto l'accettazione scritta del Contraente.

Detta accettazione dovrà essere inviata, pena decadenza, entro dieci giorni dal giorno della richiesta di soprapremio.

Art. 2.5 – Esclusione degli assicurati in corso d'anno

In caso di cessazione della garanzia assicurativa di singole posizioni assicurative non dipendente da sinistro, verrà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo di mancata esposizione al rischio, purché il Contraente abbia fornito la comunicazione nei 15 giorni immediatamente successivi dalla data di esclusione.

In ogni caso il Contraente sarà tenuto a corrispondere il premio richiesto per il periodo di tempo di operatività della garanzia.

Art. 2.6 - Assicurabilità

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata per tutti i Dirigenti aventi età non superiore a 75 anni, fermo restando che la copertura per il caso di invalidità permanente non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età. Nel caso in cui l'Assicurato compia il 75-esimo anno di età in corso di contratto, la garanzia risulta operante fino alla scadenza dell'anno e non potrà essere rinnovata.

Art. 2.7 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.8 – Prestazioni:

Morte: il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso senza limiti territoriali - compreso il suicidio in base a quanto stabilito all'art.1927 c.c. - salvo nei casi indicati al successivo art. 2.9 "Esclusioni"

Invalidità Permanente: l'assicurazione per invalidità permanente è prestata nei confronti dell'Assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale.

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui all'art 3.1 "Denuncia dei sinistri - obblighi dell'Assicurato", il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa del Dirigente assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità; la Società, tuttavia si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate per il caso di morte o di invalidità permanente causata da altro evento fino al momento del pagamento di cui all'articolo 3.3 "Liquidazione"; se l'invalidità è riconosciuta la Società corrisponde le prestazioni garantite e l'obbligo del pagamento del premio cessa definitivamente.

Se l'invalidità non viene invece riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati dei relativi interessi legali.

Per il caso di decesso dopo che sia stata denunciata alla Società l'invalidità permanente e prima che la stessa venga riconosciuta, la Società corrisponderà il capitale assicurato per la garanzia invalidità permanente come previsto all'art. 3.1 "Denuncia dei sinistri - obblighi dell'Assicurato".

In caso di morte o invalidità permanente dell'Assicurato prima della scadenza del periodo annuale di copertura, purché questi sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento del premio, la Società corrisponderà il capitale assicurato ai beneficiari designati individuati a norma del presente capitolato.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato ai sensi delle condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato, ne' la copertura assicurativa potrà essergli ulteriormente rinnovata.

Art. 2.9 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di morte ed invalidità permanente che si verificano per le seguenti cause:

- dolo del Contraente, salvo quanto stabilito al precedente art. 2.8 "Prestazioni", o del Beneficiario;

- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari;
- incidente 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;
- sindrome da immunodeficienza acquisita AIDS, od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui il decesso avvenga nei primi sette anni successivi alla decorrenza della copertura assicurativa.

Il termine di sette anni di cui sopra decorrerà dalla data della prima stipula da parte delle Ferrovie Appulo Lucane dell'assicurazione Vita a favore di tale Dirigente.

Relativamente alla sola Invalidità Permanente:

- infortuni, malattie e condizioni patologiche preesistenti, se non dichiarati prima della decorrenza della posizione individuale. Qualora l'assicurato fornisca anteriormente all'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi, la Società si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, di rifiutare i rischi stessi o di accettare i rischi applicando eventuali soprapremi sanitari.

Viene in ogni caso esclusa la liquidazione del capitale assicurato o l'eventuale aumento dello stesso nel caso in cui, l'Assicurato abbia presentato domanda all'Ente Previdenziale di appartenenza per il riconoscimento dello stato di invalidità, anteriormente alla data di ingresso in assicurazione o alla data di richiesta di aumento del capitale.

Art. 2.10 - Sinistro che colpisca più Assicurati

In caso di sinistro che colpisca più Assicurati a seguito dello stesso evento accidentale, l'assicurazione è limitata fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato pro-capite. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati indicati nell'Allegato prospetto di offerta o nella scheda di polizza.

Art. 2.11 - Documenti contrattuali

Il Contraente presenterà alla Società:

* al 1. gennaio di ogni anno, ricorrenza annuale dell'assicurazione, l'elenco nominativo degli assicurandi da inserire nella collettiva con l'indicazione per ciascuno della data di nascita, del sesso e del capitale assicurato; l'elenco sarà accompagnato in relazione ai nuovi ingressi dalla documentazione richiesta;

* di volta in volta l'elenco dei nuovi assicurandi, anch'esso accompagnato dalla documentazione richiesta.

La Società emetterà per il Contraente:

* mensilmente una scheda di polizza ad elenco contenente i nominativi dei nuovi assicurati entrati in assicurazione nel corso del mese precedente.

La Società

Il Contraente

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 3.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono comunque essere consegnati:

1. il certificato di morte;
2. la relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo fornito dalla Società;
3. per il caso in cui il beneficiario non coincida con il Contraente l'atto notorio redatto da un Notaio o dal Tribunale dal quale risultino:
 - * i dati anagrafici degli aventi diritto a norma della convenzione (non è sufficiente la dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio);
 - * e - nei casi previsti - se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento (in tal caso dovrà esserne fornita copia autenticata).

La Società ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti ad invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve farne denuncia alla Società per il tramite del broker entro i 3 mesi successivi, facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata:

- 1 il certificato del medico curante redatto sul modulo speciale che la Società fornisce unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di invalidità;
2. un certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato sotto pena di decaduta da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'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 effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità: la Società si riserva pertanto il pieno ed incondizionato diritto di richiedere ulteriori accertamenti sanitari effettuati da medici di sua fiducia per la valutazione dell'effettiva esistenza dello stato di invalidità.

Nei casi in cui:

- * manchino i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, necessari ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità da parte dell'Ente Previdenziale;
- * siano trascorsi almeno dodici mesi dalla data di presentazione della domanda e l'Ente Previdenziale non abbia ancora riconosciuto il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità;
- * l'Ente Previdenziale abbia negato il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità e pertanto l'Assicurato non sia in grado di produrre il certificato di cui al secondo punto del precedente comma;

il suddetto certificato dovrà essere sostituito da una relazione del Medico Fiduciario della Società.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro i 180 giorni dalla data della lettera

raccomandata di cui sopra completa di tutta la documentazione richiesta e potrà assumere decisioni anche non corrispondenti a quanto eventualmente attestato dalla certificazione di cui sopra.

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

Art. 3.2 - Controversie

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, l'Assicurato ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione, di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale composto di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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 violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 3.3 - Liquidazione

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o quello del competente soggetto abilitato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa richiesta, mediante invio alla Società - per lettera raccomandata - della denuncia della morte o dell'invalidità permanente dell'Assicurato, completa di tutta la documentazione richiesta.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato ai sensi del primo comma del presente articolo, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

La Società

Il Contraente

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le Parti che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte del presente capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sull' eventuale modulistica utilizzata dalla Società, che si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

La Società

Il Contraente

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.4 - Durata del contratto;

Art. 1.6 - Foro competente;

Art. 1.8 - Clausola Broker.

La Società

Il Contraente

ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)

Costituente parte integrante della presente polizza di assicurazione
(da compilarsi esclusivamente in sede di Offerta Economica)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

1 CONTRAENTE:

Ferrovie Appulo Lucane
 Corso Italia, 8
 70123 Bari (BA)
 P.I.: 005538199727

2 DURATA CONTRATTUALE:

Anni 3
 dalle ore 24.00 del 01/01/2014
 alle ore 24.00 del 01/01/2017

3 RISCHIO ASSICURATO:

Vita ed Invalidità Permanente

4 CATEGORIE ASSICURATE:

A	Dirigenti
---	-----------

5 SOMME ASSICURATE PROCAPITE:

	Morte	Invalidità Permanente
	€ 220.000	€ 220.000

6 TASSI NETTI PER OGNI 1.000 € DI CAPITALE (da compilare in sede di offerta)

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

7 Diritti e diritti di emissione per ciascun Assicurato

Euro.....(cifre)
Euro(lettere)

Nome e Cognome	Data di Nascita	Sesso
Matteo Colamussi	16/07/1972	M
Corvino Aldo	28/04/1950	M
Stefano Di Bello	19/08/1963	M
La Maddalena Vito	20/01/1955	M
Messano Eduardo	31/03/1957	M

9 OFFERTA ECONOMICA (premi lordi comprensivi di diritti e diritti di emissione)

Matteo Colamussi	Euro.....(cifre) Euro
Corvino Aldo	Euro.....(cifre) Euro
Stefano Di Bello	Euro.....(cifre) Euro
La Maddalena Vito	Euro.....(cifre) Euro
Messano Eduardo	Euro.....(cifre) Euro
Premio lordo annuo complessivo (BASE PER L'AGGIUDICAZIONE)	Euro.....(cifre) Euro

10 ACCETTAZIONE

La Società , autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del , dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

11 AUTORIZZAZIONE

L'Appaltatore autorizza l'Azienda Appaltante - irrevocabilmente e per tutta la durata della presente assicurazione - ad effettuare i pagamenti delle somme dovute all'Appaltatore medesimo a favore del Broker, in forma liberatoria per l'Appaltante.

La Società

Il Contraente
