Allegato f) al Capitolato speciale, descrittivo e prestazionale

Polizza di Assicurazione "Temporanea di gruppo per il caso di morte e invalidità totale e permanente a premi unici monoannuali"

La presente Polizza è stipulata tra

Autorità Portuale di Genova, Via della Mercanzia 2, 16124, Genova, Codice Fiscale e Partita IVA 00807480108 (di seguito anche A.P.G.)

e

_____

Effetto: dalle ore 24:00 del __/__/__ (data stipula) alle ore 24:00 del __/__/__ (durata della copertura assicurativa pari a mesi _____) con opzione di prosecuzione per mesi 2 (due) in favore di A.P.G. e quindi fino alle ore 24:00 del __/__/__.

Assicurati: Presidente e dirigenti dell'ente (v. "Analisi dello stato di rischio" allegato F, disponibile su richiesta)

Capitale assicurato pro capite: **€ 150.000,00** (nel caso di dirigente senza figli a carico né coniuge)
€ 220.000,00 (nel caso di dirigente con nucleo familiare composto da uno o più figli a carico e/o dal coniuge).

Detto importo non può, comunque, risultare superiore a **€ 1.500.000,00.**

1. **Premessa**

La temporanea di gruppo di cui alle presenti Condizioni è un'assicurazione collettiva che garantisce contro il rischio di morte e invalidità totale e permanente i soggetti inseriti in copertura, sempreché l'evento avvenga successivamente all'accettazione del rischio da parte della Società e comunque prima della scadenza della copertura stessa.

2. Assunzione dei rischi

La Società assume i rischi di cui in premessa condizionatamente:

- all'indicazione per ciascun assicurando dei seguenti dati: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale, importo del capitale da assicurare; l'importo da assicurare è l'importo lordo annuo del singolo dirigente ed è da intendersi quello derivante dall'art. 16 del Regolamento Organico per il Personale Dirigente e dal C.C.N.L. per i dirigenti tempo per tempo (v. allegati sub B e C).
- all'esito favorevole degli eventuali accertamenti sanitari richiesti;
- alle dichiarazioni rese dall'assicurando al momento dell'adesione;
- alla presentazione di ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società per l'inserimento in copertura degli assicurandi.

Possono essere inclusi in copertura soggetti di età non inferiore a 18 e non superiore a 75 anni.

Non possono essere assicurati coloro che, prima della richiesta per il loro ingresso in copertura, risultassero già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione a meno di un terzo della capacità di guadagno in occupazioni confacenti le normali abitudini, o che avessero già in corso accertamenti a tale scopo.

3. Definizione di invalidità totale e permanente

S'intende colpito da invalidità l'assicurato che, per malattia organica o lesione fisica comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, sopravvenuta dopo l'ingresso in assicurazione, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione di un eventuale rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con il Contraente o con l'azienda ad essa associata o convenzionata.

4. Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza o dalla data del verbale di avvio del servizio in via anticipata, qualora - ricorrendone i presupposti - ne venga disposta l'esecuzione in via d'urgenza.
Il premio, in deroga a quanto previsto dall'art. 1901 c.c., verrà versato entro 30 giorni dalla data di decorrenza di cui sopra, ferma restando la validità della copertura dalla data di effetto; in mancanza di pagamento nei termini sopra indicati (30 giorni dalla data di effetto) la copertura assicurativa viene sospesa dalla fine di tale periodo e decorrerà dalle ore 24:00 del giorno in cui sarà effettuato il pagamento.
Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 30 gg 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, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

5. Imposte

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

Fatte salve l'imposta di bollo e di registro sul contratto che, se dovute, restano a carico della Società.

6. Entrata in vigore delle coperture

Per ciascun assicurato la Società emette una copertura di durata prefissata rinnovabile per periodi di pari durata. La copertura entra in vigore, ed ha quindi piena efficacia, soltanto dopo che il Contraente, avendo pagato il premio convenuto, abbia ricevuto in originale i documenti di emissione e la quietanza di pagamento prodotti dalla Società.

7. Validità delle coperture

La copertura assicurativa prestata in favore di ciascun assicurato termina:
- di norma alla scadenza prefissata;
- anticipatamente rispetto alla predetta scadenza in caso di richiesta di cessazione della copertura del rischio da parte del Contraente con la quale lo stesso indicherà alla Società gli estremi dell'assicurato e il motivo della cessazione;
- al verificarsi di uno dei due eventi assicurati.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza prefissata, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà al Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo sub-annuale per il quale la copertura non è più richiesta.

La copertura assicurativa non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 75 anni di età.

Ai sensi dell'art. 1926 del codice civile eventuali cambiamenti di professione o di attività degli assicurati devono essere comunicati alla Società affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:
a) far cessare gli effetti della copertura;
b) ridurre il capitale assicurato;
c) maggiorare il premio dovuto.

Laddove la Società comunichi l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica proposta. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

8. Esclusioni dalla copertura per il caso di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. E' esclusa dalla garanzia soltanto 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 - e alle relative prove o allenamenti;
- 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 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 brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se il fatto avviene entro il primo anno dall'effetto della copertura assicurativa;
- atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero da patologia ad essa collegata nel caso in cui l'assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi similari, l'assicurazione permane in vigore per un massimo di dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle autorità italiane. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.

L'esistenza di una situazione di guerra e similari al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

Sono esclusi dall'assicurazione i casi di invalidità che si verificano per le stesse cause per le quali è esclusa la copertura del rischio morte. Sono altresì esclusi i soggetti che, al momento dell'ingresso in assicurazione, abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e queste si concludano con esito positivo.

9. Capitale assicurato

L'importo del capitale pro-capite da assicurare viene indicato dal Contraente sulla base di quanto disposto dall'art. 16 del Regolamento Organico per il Personale Dirigente e dal C.C.N.L. per i dirigenti tempo per tempo. Il predetto importo pro-capite non può comunque risultare superiore ad **€ 1.500.000,00**.

In caso di morte o di accertata invalidità totale e permanente dell'assicurato, sempreché il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà il capitale sopra definito ai beneficiari.

10. Sinistro che colpisca più teste

In caso di sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale la Società corrisponderà un capitale massimo complessivo di importo pari a sei volte il capitale medio assicurato pro-capite.
Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

11. Beneficiari.

Il Contraente indica alla Società i Beneficiari delle prestazioni in caso di morte degli assicurati, designati nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 1920 e 1921 del Codice Civile.

Beneficiari delle prestazioni in caso di invalidità totale e permanente degli assicurati sono questi ultimi.

12. Documentazione sanitaria - Accertamenti - Dichiarazioni dell'assicurando

L'assicurazione viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria ed indipendentemente dalle attività praticate dal singolo assicurando, fino ad un capitale massimo pro-capite di **€ 200.000,00**.

L 'assicurando dovrà comunque sottoscrivere l'apposito modulo.

Per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, l'assicurando dovrà inoltre:

- presentare per il tramite del Contraente, al fine dell'accettazione in garanzia, gli accertamenti sanitari individuali previsti;
- dichiarare le attività sportive normalmente svolte, con particolare riferimento a sport estremi e pericolosi, per l'eventuale applicazione di sovrapremi.

La mancata presentazione, entro quarantacinque giorni dalla richiesta, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata. Gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati al Contraente stesso, al netto dei costi sostenuti dalla Società.

La Società, entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta, si riserva - in base alle risultanze ditali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio - di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone immediata notizia al Contraente. Durante il predetto periodo di carenza assicurativa la copertura è limitata al solo rischio di morte per evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'assicurato.

La Società potrà richiedere particolari ulteriori documentazioni oppure la presentazione di ridotti accertamenti, tenuto conto della numerosità del gruppo e dei capitali da assicurare, nonché delle attività normalmente espletate da ciascun assicurando.

13. Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - Accertamento

Verificatasi l'invalidità dell'assicurato, il Contraente o l'assicurato stesso devono:
- fame denuncia alla Società, per gli opportuni accertamenti;
- far pervenire alla Società medesima - a mezzo di lettera raccomandata - il certificato del medico curante.

A richiesta della Società, il Contraente e l'assicurato - sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla copertura 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 inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

L'avvenuto accertamento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., etc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'assicurato, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Società, purché:

- il riconoscimento del diritto sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente;
- le cause che hanno determinato l'insorgere dello stato invalidante siano successive all'ingresso in assicurazione.

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

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

14. Collegio Arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'assicurato stesso hanno facoltà di promuovere - con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Società - la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o - su sua delega - dall'assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il collegio dei medici. Il collegio dei medici risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di 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 di patti contrattuali.

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, di cui al primo comma del precedente articolo, 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 si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata, se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite, se l'invalidità non viene invece riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

15. Pagamento delle prestazioni

Il pagamento del capitale assicurato è subordinato all'esito delle verifiche condotte dalla Società sulla documentazione comprovante l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e l'identità degli aventi diritto.

Al verificarsi degli eventi previsti dal contratto l'avente diritto per ottenere la prestazione assicurata dovrà sottoscrivere la relativa domanda e consegnare la documentazione appresso specificata:

A. **Sinistro per morte naturale dell'Assicurato**. Devono essere consegnati i seguenti documenti:

1) certificato di morte dell'assicurato, con indicazione della data di nascita;

2) relazione medica circa la causa del decesso. Il medico compilatore, su foglio di ricettario, dovrà inoltre attestare di aver personalmente curato le risposte oppure apporre, in calce alla relazione stessa, oltre alla sua firma, anche il timbro specificante le proprie generalità e l'indirizzo. A richiesta della Società dovranno inoltre essere consegnate le eventuali copie delle cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato;

3) atto notorio, oppure dichiarazione sostitutiva di esso resa ai sensi di legge, riguardante lo stato successorio della persona deceduta. Tale documento dovrà indicare se il deceduto abbia o meno lasciato testamento e, se necessario, l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà inoltre essere inviata la copia autentica ed integrale del verbale di deposito e pubblicazione del testamento stesso e l'atto notorio, o dichiarazione sostitutiva, dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Nel caso di esistenza dì più testamenti, poiché le parti degli stessi non espressamente annullate dal testatore restano in vigore, l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva del medesimo dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviati i relativi verbali di deposito e pubblicazione, non ne sussistono altri;

4) fotocopia di un documento d'identità degli aventi diritto in corso di validità;

B. **Sinistro per morte violenta dell'Assicurato** (es. incidente stradale, omicidio, suicidio, etc.). Oltre alla documentazione prevista per il caso di morte naturale, occorre consegnare anche la copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'autorità giudiziaria (ovvero certificato della procura della Repubblica o altro documento rilasciato dalla competente autorità, come verbali di indagini, altri atti e/o provvedimenti processuali, etc.), da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

C. **Sinistro per invalidità totale e permanente dell'Assicurato**. Deve essere fatto pervenire alla Società, a mezzo di lettera raccomandata, il certificato del medico curante redatto sull'apposito modulo predisposto dalla Società stessa ed incluso nella documentazione contrattuale.

NORME GENERALI RIGUARDANTI I DOCUMENTI DA CONSEGNARE

a) Minore età dell'avente diritto o interdetto.

Qualora l'avente diritto sia minorenne ovvero interdetto, è necessario che la documentazione comprenda anche il decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il legale rappresentante del Beneficiano a riscuotere ed eventualmente a reimpiegare l'importo spettante al minore stesso, con esonero della Società da ogni ingerenza e responsabilità al riguardo.

b) Parziale capacità dell'avente diritto.
Qualora l'avente diritto versi in condizioni di parziale capacità di intendere e di volere (persona inabilitata o emancipata e soggetta a curatela), è necessario che la documentazione sia accompagnata dalla richiesta di ottenimento delle prestazioni sottoscritta, oltre che dall'avente diritto, anche dal curatore, il quale ultimo documenterà tale suo stato producendo il decreto di nomina quale curatore dell'avente diritto parzialmente capace. Se previsto dalla legge è richiesto anche il decreto del Giudice Tutelare con le modalità indicate al punto che precede.

c) Consenso al trattamento dei dati.
Laddove l'avente diritto non abbia, ai sensi della vigente normativa (D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003), fornito in precedenza il consenso al trattamento dei propri dati, il consenso stesso dovrà essere manifestato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso l'Agenzia Generale di competenza.

d) Eventuale, ulteriore documentazione.
La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata. Solo in caso di necessità, finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto.

e) Tempo di esecuzione della liquidazione.
Verificata, in base alla documentazione prodotta, la sussistenza dell'obbligo del pagamento, la Società mette a disposizione dell'avente diritto l'importo spettante, nei trenta giorni successivi alla consegna della documentazione completa (ovvero dal giorno del suo completamento). Decorso il suddetto termine, la Società è tenuta, per il periodo intercorrente tra il termine stesso e la disposizione dell'ordine di pagamento, alla corresponsione degli interessi moratori determinati nella misura del saggio legale al momento in vigore.

Modifiche stabilite dall'Autorità di controllo

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni di Assicurazione derivanti da disposizioni della Autorità di controllo trovano automatica applicazione fin dal primo rinnovo delle coperture assicurative successivo alla data di efficacia delle disposizioni stesse.

Legge regolatrice del rapporto e foro competente

Il contratto viene assunto dalla Società nello Stato Membro della propria sede legale e nel presupposto che il Contraente abbia in Italia il proprio domicilio abituale (o la residenza abituale) ovvero, se persona giuridica, che abbia in Italia la sede cui si riferisce il contratto stesso.

Stante quanto sopra e fatte salve diverse espresse volontà delle parti, il contratto è regolato dalla legge italiana. Le controversie che dovessero insorgere sull'applicazione del contratto medesimo saranno devolute alla giurisdizione del giudice italiano.

Si dà e si prende atto che qualsiasi questione dovesse insorgere tra l'Assicurato e la Società in ordine agli obblighi previsti dalla polizza viene demandata in via esclusiva al giudizio del Foro di Genova.

Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Assicurati (vedi prospetto allegato):

- Presidente
- Numero 10 dirigenti (con riferimento al numero dei dirigenti si rinvia al documento di "Analisi del rischio" disponibile su richiesta che contiene precisazioni relative a possibili variazioni nel periodo da assicurare)

.