

**CONI SERVIZI S.p.A**

**Una Società per lo Sport**

**Capitolato d'oneri relativo alla copertura assicurativa Vita e Invalidità  
Totale e Permanente per la categoria di dipendenti avente la qualifica di  
dirigenti della C.O.N.I. Servizi S.p.A.**

**Roma, febbraio 2005**

## DEFINIZIONI

Assicurazione:	il contratto d'assicurazione.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto d'assicurazione.
Assicurato:	la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario:	il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.
Impresa:	Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
Rischio:	la probabilità che accada il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Indennizzo:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

## **Art. 1 - Definizione**

Il contratto riguarda un'assicurazione collettiva annuale rinnovabile di anno in anno, che garantisce la copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente degli assicurati, definiti in premessa, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

La garanzia comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

## **Art. 2 - Limiti d'età**

Possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo, aventi un'età non inferiore a 18 e non superiore a 70 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 70 anni di età.

## **Art. 3 – Entrata in vigore dell'assicurazione**

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio o la prima rata di premio, dalle ore 24 del giorno in cui:

- la polizza sia stata sottoscritta da entrambe le Parti;  
oppure
- l'impresa abbia consegnato alla Contraente la polizza dalla stessa sottoscritta.

Qualora la polizza preveda una data di effetto successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno previsto.

## **Art. 4 – Ingresso e permanenza in assicurazione – Documentazione sanitaria – Dichiarazioni dell'Assicurato**

La copertura assicurativa è subordinata:

- alla presentazione del consenso all'assicurazione sottoscritto dall'assicurando;
- alla presa di conoscenza ed assenso all'assicurazione (privacy);
- alla dichiarazione fornita dalla Contraente per ciascun assicurando, che negli ultimi 6 mesi non è stato assente per infortunio o malattia per più di 30 gg anche non consecutivi;
- alla trasmissione all'impresa, da parte della Contraente, dell'elenco degli assicurandi da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, premio da versare.

Essa fornirà inoltre ogni tipo di documentazione che dall'impresa fosse richiesta per l'inserimento degli assicurandi nella collettiva o per il pagamento delle prestazioni garantite.

La garanzia assicurativa termina al momento della comunicazione di cessazione della copertura del rischio all'impresa da parte della Contraente, la quale indicherà gli estremi della posizione individuale e il motivo della cessazione.

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

### **Art. 5 – Capitali assicurati**

La somma assicurata ammonta a 2 volte la R.A.L. (Retribuzione Annuia Lorda) pro-capite, che risulta comunque rispondente a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

In caso di morte dell'assicurato o di accertata invalidità totale e permanente, sempreché questi sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato sopra definito.

### **Art. 6 – Premi di assicurazione**

La Contraente s'impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ciascun periodo assicurativo, a corrispondere il premio di assicurazione determinato come di seguito indicato.

Il premio annuo di assicurazione per ogni singolo assicurando sarà determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in base ai tassi di premio di cui alla tabella "A" allegata, parte integrante del presente capitolato, con riferimento all'età raggiunta dall'Assicurato ed al capitale assicurato.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

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.

Il premio o le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite contro Appendice/distinta o quietanza emessa dall'impresa, presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnato il contratto.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati rimarranno acquisiti dall'Impresa.

### **Art. 7 – Documenti prodotti dall'Impresa**

L'impresa rilascerà alla Contraente, in occasione di ciascun versamento, un'Appendice-distinta, facente parte integrante del contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'Appendice-distinta dovranno essere comunicati all'impresa entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'Appendice-distinta s'intenderà controllata e ritenuta esatta.

La quietanza sarà comprensiva degli eventuali diritti di polizza e delle imposte in vigore alla data dell'emissione.

### **Art. 8 – Sinistro che colpisca più teste**

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato.

Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

## **Art. 9 – Beneficiari**

L'assicurato, tramite il Contraente può designare uno o più Beneficiari.

La designazione del Beneficiario può essere fatta dall'Assicurato, sempre per il tramite del Contraente, al momento della stipulazione del contratto con dichiarazione scritta comunicata all'impresa o per testamento; è revocabile o modificabile con le stesse forme.

La designazione non può tuttavia essere revocata né modificata:

- se il Contraente e l'Assicurato ha rinunciato al potere di revoca ed il Beneficiario ha accettato il beneficio con dichiarazioni scritte all'impresa (c.d. beneficio accettato);
- dagli eredi dopo la morte dell'Assicurato;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto nel contratto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'impresa di voler profittare del beneficio.

Beneficiari delle assicurazioni sono:

- in caso di morte dell'assicurato, i beneficiari sono quelli indicati dall'assicurato stesso ai sensi degli Artt. 1920 e 1921 del Codice Civile o – in mancanza di designazione – gli eredi testamentari o – in mancanza di testamento – gli eredi legittimi;
- in caso d'invalidità totale e permanente, l'assicurato medesimo.

## **Art. 10 – Pagamenti dell'Impresa**

Per tutti i pagamenti dell'impresa debbono essere preventivamente consegnati alla stessa – direttamente o tramite la sua rappresentanza cui è assegnato il contratto – i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, che dovranno presentare un documento identificativo valido, insieme alla richiesta di liquidazione.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'assicurato, debbono consegnarsi:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso, redatto su apposito modulo, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta dall'Impresa (cartelle cliniche, esami medici, ecc.);
- eventuale atto notorio dal quale risulti se l'Assicurato abbia lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi;
- eventuale copia del testamento pubblicato;
- per eventuali figli minorenni, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione delle quote dei minori ed esonera l'Impresa da ogni responsabilità in ordine all'eventuale reimpiego (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore).

Ogni pagamento viene effettuato agli aventi diritto entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta dall'impresa, per il tramite della Contraente, presso la Compagnia Assicuratrice o presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

### **Art. 11 – Esclusioni dalla copertura per il caso di morte**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- dolo del Contraente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni – non di regolarità pura – e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva 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 della 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.

### **Art. 12 – Condizioni riguardanti l'invalidità totale e permanente – Definizione**

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

Sono esclusi dall'assicurazione i casi di invalidità che si verificano dopo il settantesimo anno di età e quelli dipendenti dalle 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.

### **Art. 13 – Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente – Accertamento**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia all'impresa per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire all'impresa medesima – a mezzo di lettera raccomandata – il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dall'impresa.

A richiesta dell'impresa, la Contraente e l'assicurato - sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati:

- a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dall'impresa per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dall'impresa fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

L'impresa si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

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

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

#### **Art. 14 – Collegio Arbitrale**

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dall'impresa, la Contraente o l'assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane – con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione dell'Impresa – la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dall'impresa, l'altro dalla Contraente o, su sua delega, dall'assicurato e il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, 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. Tale collegio 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 o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

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 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

Ciascuna della 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 dell'Art. 14, la Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, mentre l'impresa si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dall'Impresa o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e l'Impresa corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene invece riconosciuta, la Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi moratori per il ritardato pagamento.

#### **Art. 15 – Durata e decorrenza del contratto**

Il contratto avrà durata triennale a decorrere dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Se la polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 120 giorni prima della scadenza annuale.

E' facolta' delle Parti chiedere il rinnovo della Convenzione. La richiesta dovrà avvenire tramite lettera raccomandata 6 mesi prima della scadenza triennale .

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dalle Autorità di controllo alle presenti condizioni troveranno automatica applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione, successiva alla data delle modifiche.

#### **Art. 16 - Base di gara**

Il premio imponibile annuo posto a base di gara ammonta ad un importo massimo di € 165.000,00 (centosessantacinquemila/00 euro).

Il valore del premio contrattuale sarà determinato sulla base dell'offerta economica presentata dall'impresa aggiudicataria.

#### **Art. 17 – Cauzione**

Entro sette giorni dalla comunicazione dell'aggiudicazione all'impresa e comunque prima della stipula della polizza, l'impresa deve costituire, a garanzia dell'esecuzione del contratto stesso, un deposito cauzionale pari al 5% del corrispettivo contrattuale, secondo una delle seguenti modalità:

- in valuta legale, mediante versamento presso la Banca Nazionale del Lavoro. La ricevuta del suddetto versamento è considerato documento probatorio dell'avvenuta costituzione;
- in titoli al portatore di Stato o garantiti dallo Stato, provvisti delle cedole in corso, valutati al prezzo della valutazione della Borsa di Roma nel giorno precedente a quello del versamento.  
Il deposito in titoli deve essere costituito presso l'Istituto Tesoriere con vincolo a favore della CONI Servizi S.pA.;
- mediante fidejussione prestata da un primario istituto di credito;
- mediante polizza fidejussoria prestata da una delle società di assicurazioni elencate nel decreto 16 novembre 1993, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie Generale – n° 275 del 23 novembre 1993 e successive modificazioni, nonché da intermediari finanziari di cui all'art.106 del D.lgs. 1° settembre 1993, n.385.

Nel caso di costituzione della cauzione mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa, la stessa dovrà:

- avere la durata fino a 180 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- prevedere il pagamento da parte del fidejussore a prima, semplice ed incondizionata richiesta della CONI Servizi S.pA.;
- escludere il beneficio della preventiva escussione dell'impresa aggiudicataria.

Nessun interesse è dovuto all'aggiudicatario sulle somme costituenti la cauzione, le cedole relative ai titoli costituiti in deposito saranno incassate dalla CONI Servizi SpA ed il corrispettivo sarà versato al depositante.



**Art. 18 - Oneri fiscali**

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

**Art. 19 – Foro competente**

In caso di controversie il Foro competente è il Foro di Roma.

**ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO**

CAPITALE ASSICURATO – 2 VOLTE LA R.A.L.

€ 17.800.000,00 (diciasettemilioniottocentomila/00 euro)

FASCE DI ETA'	N. PERSONE
FINO A 34 ANNI	0
DA 35 A 39 ANNI	2
DA 40 A 44 ANNI	4
DA 45 A 49 ANNI	1
DA 50 A 54 ANNI	22
DA 55 A 59 ANNI	36
DA 60 A 64 ANNI	17
OLTRE 65 ANNI	4

\*\*\*\*\*

**TABELLA "A"****ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE O INVALIDITA' A PREMIO MONOANNUALE VARIABILE**

(Tassi di premio di tariffa per 1.000 euro di capitale assicurato)

<b>MASCHI</b>		<b>FEMMINE</b>	
<b>ETA'</b>	<b>TASSI</b>	<b>ETA'</b>	<b>TASSI</b>
18	0,69	18	0,69,
19	0,73	19	0,69
20	0,74	20	0,69
21	0,77	21	0,73
22	0,80	22	0,74
23	0,80	23	0,77
24	0,82	24	0,80
25	0,83	25	0,80
26	0,89	26	0,82
27	0,93	27	0,83
28	0,98	28	0,89
29	1,04	29	0,93
30	1,09	30	0,98
31	1,13	31	1,04
32	1,14	32	1,09
33	1,14	33	1,13
34	1,14	34	1,14
35	1,16	35	1,14
36	1,18	36	1,14
37	1,22	37	1,16
38	1,30	38	1,18
39	1,33	39	1,22
40	1,42	40	1,30
41	1,52	41	1,33
42	1,65	42	1,42
43	1,79	43	1,52
44	1,94	44	1,65
45	2,13	45	1,79
46	2,37	46	1,94
47	2,70	47	2,13
48	3,03	48	2,37
49	3,38	49	2,70
50	3,72	50	3,03
51	4,12	51	3,38
52	4,62	52	3,72
53	5,24	53	4,12
54	5,94	54	4,62
55	6,73	55	5,24
56	7,60	56	5,94
57	8,53	57	6,73
58	9,56	58	7,60
59	10,71	59	8,53
60	11,92	60	9,56
61	13,19	61	10,71
62	14,57	62	11,92
63	15,63	63	13,19
64	16,77	64	14,57
65	18,70	65	15,63
66	20,81	66	16,77
67	23,01	67	18,70
68	25,46	68	20,81
69	28,17	69	23,01
70	31,49	70	25,46