

POLIZZA
VITA DIRIGENTI

POLIZZA

stipulata tra

FONDAZIONE BRUNO KESSLER
Via S.Croce n.77, 38122 Trento
P.IVA 02003000227

e

la Spettabile

.....

che agisce nell'interesse proprio e delle Società Coassicuratrici
(di seguito chiamata Società)

Decorrenza: ore 24.00 del 31.12.2020

Scadenza: ore 24.00 del 31.12.2025 S.T.R.

Scadenza rate annuali: Al 31.12 di ogni anno

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha ad oggetto l'assicurazione contro il rischio di morte e di invalidità totale e permanente dei Dirigenti della Contraente.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per Contraente: FONDAZIONE BRUNO KESSLER, Via S.Croce n.77 - 38122 Trento, P.IVA 02003000227;
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per Società: l'impresa di assicurazione;
- per Assicurazione: il contratto di assicurazione;
- per Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
- per Beneficiario: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per Premio: la somma dovuta alla Società;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per Capitale caso morte: è l'importo immediatamente liquidato ai beneficiari designati.
- per Capitale caso Invalidità permanente: è l'importo immediatamente liquidato ai Beneficiari designati in caso di riconoscimento dell'invalidità dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni.

ART. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 90 giorni dalla decorrenza suddetta.

Prevvia comunicazione da parte della Contraente dell'avvenuta aggiudicazione, il rischio si intende in copertura dalle ore 24 del giorno indicato nel capitolato di gara.

In deroga a quanto diversamente convenuto, si precisa che il termine di rispetto per il pagamento delle rate di premio successive alla prima viene elevato a 90 giorni.

I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5 - VARIAZIONE DEL RISCHIO (DIMINUZIONE / AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO)

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Il Contraente e/o l'Assicurato comunicheranno per iscritto all'Assicuratore ogni mutamento che comporti un cambiamento o un aggravio del rischio coperto dalle garanzie prestate dalla presente polizza.

Le Modifiche rilevanti o gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, ai sensi e per gli effetti del Codice civile.

In caso di aggravamento del rischio, l'Assicuratore avrà inoltre il diritto di recedere dalla presente polizza ai sensi dell'art. 1898 C.C.

L'Assicuratore rinuncia invece alla facoltà di recesso in caso di diminuzione del rischio di cui all'art. 1897 C.C.

Se, durante il periodo di assicurazione, ha luogo una delle Modifiche rilevanti, la copertura fornita in base alla presente polizza si applicherà esclusivamente agli atti illeciti commessi prima della data effettiva della Modifica rilevante.

ART. 6 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso al Broker incaricato oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio incaricato alla gestione delle polizze di assicurazione.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 7 – RECESSO DEL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO – RINUNCIA

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

La stessa potrà esercitare il diritto di recesso con preavviso di novanta giorni al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 8 – EFFETTO E DURATA DELLA POLIZZA

L'assicurazione ha durata di CINQUE ANNI con inizio dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza al 31.12.2024, senza clausola di tacito rinnovo alla scadenza finale.

E' facoltà del Contraente della convenzione assicurativa richiedere alla Società, entro 30 giorni antecedenti la scadenza, la proroga dell'assicurazione per un periodo massimo di 1 anno alle medesime condizioni. La Società, a fronte della corresponsione del relativo premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Il Contraente ha comunque la facoltà di recedere dalla presente polizza ad ogni scadenza annuale con preavviso di 3 (tre) mesi.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono. In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede, l'Assicurato.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente menzionato e disciplinato dalla presente polizza si farà riferimento a quanto previsto dal Codice Civile.

ART. 12 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

ART. 13 - OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE ANNUALMENTE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società all'accensione del contratto ed entro 60 giorni dalla scadenza annuale di polizza, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

sinistri denunciati;

sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);

sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);

sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico e/ o cartaceo ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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. 14 - CLAUSOLA BROKER

Broker incaricato dal Contraente, ai sensi di legge e riconosciuto dall'impresa di assicurazioni per la gestione ed esecuzione della presente polizza, è

Il Contraente e l'impresa si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del broker incaricato. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di comunicazione ufficiale del broker all'impresa. I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza e tale procedura è accettata dall'impresa. Il pagamento eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d.lgs.209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del contraente e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. Le commissioni riconosciute al Broker incaricato sono in misura del 10 %.

ART. 15 COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Imprese indicate nel riparto allegato.

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza alla presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente/Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle

altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESA costituitisi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 del C.C., essendo tutte le Imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o di raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 15 - TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di cui all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modifiche, al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

In osservanza di tale Legge, gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara. Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dalla Legge n. 136/2010, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'Art. 3 comma 8 della medesima Legge.

ART. 16 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 34 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

ART.1 – DATI OCCORRENTI

Per ogni singolo Assicurato verranno forniti i seguenti dati:

- nome, cognome e data di nascita;
- data di assunzione se l'inserimento in assicurazione avviene nel corso dell'anno assicurativo;
- capitale assicurato.

ART. 2 - ENTRATE IN CORSO D'ANNO

Per i nuovi dirigenti assunti durante l'Anno Assicurativo, il Contraente è tenuto a segnalare alla Società le nuove entrate entro 30 giorni dall'assunzione. Per questi Assicurati viene emessa un'Appendice che decorre dalle ore 24 del giorno di assunzione, ed ha durata pari alla frazione di anno (rateo) mancante alla scadenza dell'Anno Assicurativo. Il pagamento del premio, riportato nell'Appendice stessa, pari a quello annuo corrispondente all'età, rapportato al periodo di copertura, deve essere effettuato entro il termine di 60 giorni.

ART. 3 - USCITE IN CORSO D'ANNO

Per gli Assicurati che escono durante l'Anno Assicurativo, il Contraente è tenuto a segnalare alla Società le uscite entro 30 giorni. Per questi Assicurati viene rimborsato il Premio pagato e non goduto, pari al Premio annuo versato rapportato alla frazione di anno mancante alla scadenza dell'Anno Assicurativo. Tale rimborso viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta segnalazione, accompagnato da apposita Appendice.

ART. 4 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

Gli effetti della copertura assicurativa relativa al singolo Assicurato cessano per:

- SINISTRO: al verificarsi dell'evento assicurato (morte o invalidità);
- RIMBORSO: alla cessazione del rapporto con la Contraente.

In questi casi nulla è più dovuto dalla Società.

ART. 5 - BENEFICIO DEI CONTRATTI

Il capitale assicurato viene liquidato ai Beneficiari designati ed indicati nel documento di Polizza o in un'apposita Appendice. In caso di mancata designazione esplicita:

- in caso di decesso i Beneficiari sono gli Eredi Legittimi e/o Testamentari;
- in caso di invalidità il Beneficiario è l'Assicurato stesso.

Le eventuali revoche o modifiche di designazione di beneficio, salvo quelle disposte per testamento, debbono essere comunicate per iscritto alla Società che emette apposita Appendice.

ART. 6 - IMPEGNI DELLA SOCIETÀ

Contro il regolare pagamento del Premio, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato in caso di morte o invalidità permanente del singolo Assicurato durante il periodo di durata contrattuale.

Con il riconoscimento dell'invalidità e la conseguente liquidazione del capitale, l'assicurazione si estingue e nulla è più dovuto ai Beneficiari in caso di decesso successivo dell'Assicurato.

I capitali assicurati sono quelli indicati all'Art. 30.

ART. 7 - IMPEGNI DEL CONTRAENTE

Il Contraente si impegna ad assicurare presso la Società tutti e soltanto i Dirigenti, attuali e futuri, aventi età non superiore a 75 anni (70 anni per il rischio di invalidità).

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete (Codice Civile, artt. 1892, 1893).

Il Contraente deve provvedere a far sottoscrivere agli Assicurandi un'apposita dichiarazione di presa conoscenza ed assenso all'assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

ART. 8 - PRESTAZIONI DELLA SOCIETÀ

Al fine di consentire il pagamento da parte della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- consentire alla Società di effettuare i dovuti accertamenti;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

In particolare devono essere consegnati:

- una relazione medica dettagliata sulle cause di morte redatta o tradotta in lingua italiana;
- il certificato di morte dell'Assicurato;
- l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

La Società esegue i pagamenti dovuti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione necessaria. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

In ogni caso, il tempo massimo di liquidazione per ciascun sinistro non potrà superare i 180 giorni dalla data di apertura del medesimo. Tale termine potrà essere prorogato solo per cause non dipendenti dalla Compagnia o dai propri incaricati, ivi compresi i periti. Per ogni giorno di ritardo rispetto al termine indicato verrà applicata una penale pari allo 0,5% dell'ammontare del sinistro fino ad un massimo del 10%.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE VITA

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione copre il rischio di morte qualunque possa esserne la causa, compreso il decesso dovuto a suicidio, senza limiti territoriali.

ART. 2 – ESCLUSIONI

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad attività dolose;
- 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, su richiesta del Contraente, soltanto alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- 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.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata nel momento del decesso.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 1 - DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato quando:

1. l'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, ovvero
2. l'INAIL in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente,

abbia riconosciuto il diritto alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario di invalidità. Qualora 12 mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'Ente competente non avesse ancora riconosciuto o negato il diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi 2 mesi e sempreché il suddetto Ente non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente e del relativo grado. Una volta esercitata questa facoltà resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento dell'Ente competente, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società e Assicurato.

Qualora non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini della pensione presso l'Ente competente, l'Assicurato potrà richiedere alla Società l'avviamento dell'autonoma procedura di accertamento dell'invalidità (con eventuale costituzione di apposito collegio medico), ovviamente senza attribuire alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

ART.2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Dalla copertura sono esclusi i casi di invalidità che si verifichino dopo il settantesimo anno di età dell'Assicurato e quelli derivanti da: malattie contratte o ferite riportate per cause di guerra; uso di mezzi aerei di locomozione, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, a condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari.

Dalla copertura di invalidità sono esclusi gli Assicurati ai quali, alla data di decorrenza del contratto, lo stato di invalidità sia già stato riconosciuto dall'Ente competente come individuato ai sensi dell'art.25, ovvero quei casi in cui a tale data sia già stata avviata la procedura per la richiesta di detto riconoscimento.

ART. 3 - DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ

Verificatasi l'invalidità, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata entro 3 mesi dall'evento, facendo pervenire successivamente alla Società a mezzo lettera raccomandata, per gli opportuni accertamenti, copia della dichiarazione dall'Ente competente, circa il diritto a conseguire l'assegno ordinario d'invalidità o la pensione di inabilità.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto alla Società di accertare in via autonoma l'invalidità permanente, lo stesso, per il tramite del Contraente deve far pervenire alla Società, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante e tutta l'ulteriore documentazione sanitaria medica disponibile, nonché copia della domanda presentata all'Ente competente, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati 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 impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data della lettera raccomandata di cui sopra e si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

In caso di intervenuto decesso dell'Assicurato, la procedura di accertamento dell'invalidità si interrompe ed il contratto resta regolato unicamente dalle Condizioni Contrattuali che disciplinano l'assicurazione per il caso di morte dell'Assicurato.

Il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto inerente a questa assicurazione, è tenuto a continuare il regolare pagamento dei Premi fino al momento in cui l'invalidità verrà riconosciuta dalla Società.

Qualora il riconoscimento dell'invalidità avvenga durante l'Anno Assicurativo della denuncia d'invalidità, il Premio pagato dal Contraente rimarrà acquisito dalla Società.

Se invece il riconoscimento dell'invalidità avviene nell'Anno Assicurativo successivo a quello della denuncia d'invalidità, la Società rimborserà al Contraente il Premio pagato relativamente al periodo non goduto a partire dall'ultimo anniversario di polizza.

ART. 4 PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO

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

ART. 5 ARBITRATO

Nel caso in cui, a seguito della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità, l'invalidità non venga riconosciuta, il Contraente ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione della Società, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla medesima, la formazione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle parti.

In caso di mancato accordo entro 30 giorni dalla richiesta la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione il Contraente ha sede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile. Ciascuna delle parti pagherà le spese e le competenze del proprio arbitro e metà di quello del terzo.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il limite di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura. Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

ART. 6- TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di cui all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modifiche, al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

In osservanza di tale Legge, gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara. Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dalla Legge n. 136/2010, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'Art. 3 comma 8 della medesima Legge.

Art. 31 - Elenco Assicurati – Capitale assicurato

<i>n.</i>	<i>Nominativo</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Capitale assicurato caso morte</i> €	<i>Capitale assicurato caso I.P.M.</i> €
1	DALLA TORRE ALESSANDRO	19/05/1964	220.000,00	220.000,00
2	SILVESTRI UMBERTO	07/05/1959	220.000,00	220.000,00
3	CASSE GIANLUIGI	12/09/1961	220.000,00	220.000,00