

Assicurazione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale in forma collettiva per le Imprese con Dirigenti a cui si applica il CCNL dell'Industria

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo VITA)

Compagnia che realizza il prodotto: Fideuram Vita S.p.A.

Prodotto: **"Polizza Collettiva TCM CCNL Dirigenti Industria"**

Data di realizzazione: 31/03/2021

Il DIP Aggiuntivo VITA pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale della Compagnia.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

La Compagnia di assicurazione - denominata nel seguito la Compagnia è **Fideuram Vita S.p.A.** soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

La Sede legale è in via Ennio Quirino Visconti, 80, 00193 Roma – Numero Verde 800.188.556

Sito internet: www.fideuramvita.it indirizzo di posta elettronica certificata: fideuramvita@pec.fideuramvita.it

Fideuram Vita S.p.A. iscritta al Registro delle Imprese di Roma al numero 10830461009 è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n.2786 del 25/03/2010 ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al numero 1.00175.

In base al bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, Fideuram Vita dispone della seguente situazione patrimoniale:

Patrimonio netto		Capitale sociale		Riserve patrimoniali
855,1 Mln €		357,4 Mln €		497,6 Mln €

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per SCR	Fondi propri ammissibili per MCR	Indice di solvibilità
440,4 Mln €	198,2 Mln €	1.214,7 Mln €	1.098,1 Mln €	275,8%

Per informazioni patrimoniali più approfondite sulla Compagnia si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria disponibile sul sito internet della Compagnia al seguente link: www.fideuramvita.it/solvency-2.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONE
ASSICURATA

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

a) **Prestazione in caso di decesso**

La Compagnia, in caso di decesso di uno degli Assicurati avvenuto durante il periodo di copertura assicurativa, si impegna a pagare al Beneficiario il relativo capitale assicurato.

	b) Prestazione in caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale La Compagnia in caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale di uno degli Assicurati verificatasi durante il periodo di copertura e purché sia stata accertata, si impegna a pagare al Beneficiario il relativo capitale assicurato. Il pagamento da parte della Compagnia, per un determinato Assicurato, del capitale assicurato previsto in caso di morte o del capitale assicurato previsto in caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale, determina la cessazione di entrambe le coperture assicurative (caso morte ed invalidità) per quell'Assicurato a far data dal decesso o dall'accertamento dell'invalidità; pertanto la posizione individuale si estingue. Il capitale assicurato in ciascun periodo di copertura è fissato, per ciascun Assicurato, in egual misura per il caso di morte e per il caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale e sulla base di quanto disposto dal CCNL dei Dirigenti dell'Industria ed è predefinito in misura fissa: • 200.000 Euro quando l'Assicurato non abbia né coniuge né figli a carico; • 300.000 Euro quando il nucleo familiare dell'Assicurato risulti composto dal coniuge e/o da uno o più figli a carico. I suddetti capitali potrebbero essere ridotti nel caso in cui per uno stesso Assicurato fossero già attive presso la Compagnia altre polizze temporanee caso morte o monoannuali di gruppo; in tale circostanza, il capitale assicurato con la presente polizza non potrà eccedere la differenza tra Euro 2.500.000 e la somma dei capitali già assicurati presso la Compagnia per tali tipologie di polizze. Qualora, nel corso del periodo di copertura, non si verifichi il decesso dell'Assicurato o non insorga una malattia extraprofessionale tale da determinare l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato nulla è dovuto da parte della Compagnia e i premi già versati restano acquisiti da quest'ultima.
--	--



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
--



Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Compagnia?

COSA FARE IN CASO DI EVENTO	DENUNCIA DI SINISTRO	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
	PRESCRIZIONE	I diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono, per legge, nel termine di dieci anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di mancato invio, entro il suddetto termine, di richieste di liquidazione da parte degli aventi diritto oppure dell'invio di ulteriore documentazione necessaria per istruire la pratica di liquidazione, così come in assenza di ogni altro atto valido ad interrompere la prescrizione, le somme spettanti saranno devolute al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie secondo quanto disposto dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.
	LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE	Verificata la sussistenza dell'obbligo al pagamento, la Compagnia pagherà quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento di tutti i documenti. Decorso tale termine, e a partire dallo stesso, la Compagnia sarà tenuta a corrispondere gli interessi legali agli aventi diritto sino alla data di effettivo pagamento, calcolati al saggio in vigore, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. Tutti i pagamenti saranno effettuati tramite accredito in conto corrente bancario. In caso di invalidità, l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e la documentazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dell'invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Compagnia, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi

		agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato dell'invalidità presso strutture sanitarie e/o medici di fiducia della Compagnia stessa.
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla copertura della posizione individuale, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia ha diritto: a) quando esiste dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile: - di annullare la copertura relativa alla posizione individuale entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di rifiutare qualsiasi pagamento se il decesso o la denuncia dell'invalidità totale e permanente avvengono prima che sia decorso il termine sopra indicato; b) quando non esiste dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile: - di recedere dalla posizione individuale entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se il decesso o la denuncia dell'invalidità totale e permanente avvengono prima che la Compagnia abbia conosciuto il vero stato delle cose o abbia dichiarato di voler recedere dal contratto.	

 Quando e come devo pagare?		
PREMIO	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.	
RIVEDIBILITÀ DEI TASSI DI PREMIO	I tassi di premio, ovvero i coefficienti utilizzati per determinare il premio da pagare possono essere modificati, previa comunicazione al Contraente, sei mesi prima della scadenza del contratto, e successivamente a tale data sei mesi prima di ciascuna ricorrenza annuale del contratto, nel caso in cui le basi demografiche utilizzate dalla Compagnia per il calcolo dei tassi di premio non risultino più adeguate a rappresentare la collettiva in oggetto. In tal caso il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 90 giorni dalla comunicazione di modifica.	
RIMBORSO	È previsto un rimborso in caso di revoca e di recesso del contratto secondo le modalità indicate nell'apposita sezione del presente documento. Inoltre, nel caso in cui in corso di contratto il Contraente richieda, per un Assicurato, la cessazione della copertura assicurata (per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento) la Compagnia si impegna a restituire al Contraente, in sede di conguaglio del premio di rinnovo per l'anno successivo o alla scadenza della polizza collettiva in caso di mancato rinnovo delle coperture assicurative, il rateo di premio pagato e non goduto, al netto delle eventuali imposte di legge. Infine, alla scadenza finale della polizza, la Compagnia riconoscerà al Contraente l'eventuale abbuono di premio maturato nell'ultimo anno delle coperture assicurative e di cui il Contraente non ha usufruito in sede di pagamento dei premi.	
SCONTI	In sede di determinazione del premio (ad ogni ricorrenza annuale), con riferimento alla garanzia caso morte, è prevista l'applicazione di un abbuono di premio, qualora il numero di Assicurati coperti dalla Polizza Collettiva si sia mantenuto, nel corso dell'anno, non inferiore alle 250 unità. La Compagnia provvede a calcolare l'importo dell'abbuono da dedurre dal premio al termine di ogni anno solare, sempreché il numero di Assicurati nell'anno, conteggiati come specificato di seguito, sia almeno pari a 250. Diversamente l'importo dell'abbuono verrà determinato alla fine di ogni successivo anno solare nel quale il numero di Assicurati raggiunto sia almeno pari a 250. Il conteggio degli Assicurati per ciascun anno è dato dalla somma degli anni e frazioni di anno di presenza delle singole posizioni assicurative aventi decorrenza o rinnovate nel periodo di osservazione della polizza collettiva. Il valore dell'abbuono è pari al 20% applicato alla differenza tra: • l'ammontare dei premi o ratei di premio versati per la garanzia caso morte nel periodo di osservazione, al netto degli eventuali sovrappremi; • e le somme pagate e/o riservate dalla Compagnia per i decessi denunciati entro il 16 dicembre dell'ultimo anno compreso nel periodo di osservazione. L'abbuono così calcolato, qualora maggiore di zero, viene portato in riduzione del premio dovuto dal Contraente come premio di rinnovo per l'anno successivo a quello di riferimento per il calcolo dell'abbuono stesso.	

	Il periodo di osservazione per il calcolo dell'abbuono di premio va dalla data di attribuzione dell'ultimo abbuono di premio, se positivo, fino al 31 dicembre dell'anno solare in corso. Il primo calcolo viene effettuato a partire dalla data di decorrenza del contratto. Pertanto, nel caso in cui in un anno l'abbuono di premio sia pari a zero, nel calcolo dell'abbuono per il periodo successivo, si tiene conto anche dei premi e delle somme pagate e/o riservate per i decessi avvenuti dalla data di attribuzione dell'ultimo abbuono di premio (o, se non ancora mai attribuito, dalla data di decorrenza del contratto). L'abbuono viene ripartito tra gli Assicurati in proporzione all'ammontare dei premi, al netto delle eventuali imposte e degli eventuali sovrappremi, versati nel periodo di osservazione annuale o pluriennale.
--	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

DURATA	La durata della Polizza Collettiva è di 3 anni, rinnovabile automaticamente di triennio in triennio, salvo diversa volontà espressa da parte del Contraente o della Compagnia, da comunicare almeno trenta giorni prima della scadenza della Polizza Collettiva originaria o prorogata. La durata della copertura assicurativa per ogni Assicurato è posta pari al periodo che va: - per il primo periodo di copertura, dalla data di ingresso in assicurazione fino al 31 dicembre del medesimo anno; - per i successivi periodi di copertura, dal 01 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno. Gli effetti del contratto decorrono dalle ore 24:00 del giorno di conclusione del contratto stesso, ossia quando il contratto è sottoscritto. L'entrata in vigore di ogni copertura assicurativa o di ogni variazione della copertura (a titolo esemplificativo e non esaustivo per variazione del capitale assicurato), coincide con le ore 24:00 del giorno indicato nel relativo elenco delle coperture comunicato dalla Compagnia al Contraente, con evidenza degli Assicurati, del relativo capitale assicurato e premio.
SOSPENSIONE	Il contratto non prevede la sospensione della garanzia assicurativa.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

REVOCA	Il Contraente ha il diritto di revocare la proposta di assicurazione rappresentata nel modulo di proposta fino alla data di conclusione del contratto, mediante inoltro alla Compagnia di lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Fideuram Vita S.p.A. Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia La Compagnia è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dal Contraente entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione. Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dalla data di spedizione della lettera raccomandata A.R..
RECESSO	Il Contraente può recedere dalla Polizza Collettiva entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto conferma della conclusione della stessa, inviando una comunicazione scritta con lettera raccomandata A/R a: Fideuram Vita S.p.A. Via Ennio Quirino Visconti 80 – 00193 Roma Entro 30 giorni dal ricevimento della raccomandata la Compagnia rimborserà al Contraente un importo pari al premio da questi corrisposto, diminuito dell'eventuale imposta sul premio e della parte di premio corrispondente al rischio corso dalla Compagnia per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata A.R..
RISOLUZIONE	Il Contraente si impegna a pagare il premio in scadenza entro 30 giorni dalla data di comunicazione dell'elenco degli Assicurati da parte della Compagnia. In caso di mancato pagamento del premio nei termini indicati, le coperture assicurative vengono rescisse automaticamente dalla Compagnia; in tal caso la prestazione assicurativa prevista in caso di morte e di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale degli Assicurati per la quale il premio non è stato corrisposto, non è dovuta. Entro e non oltre i 3 mesi successivi dalla decorrenza del periodo di copertura il Contraente può comunque richiedere la riattivazione delle coperture assicurative rescisse con l'obbligo di pagare i premi non pagati. In tal caso la

	Compagnia si riserva di richiedere gli interessi di ritardato pagamento sulla base del tasso legale tempo per tempo vigente. In caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24:00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.
--	--

 Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO	
VALORI DI RISCATTO E RIDUZIONI	Il contratto non prevede valore di riscatto né riduzione.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto alle Imprese (Contraenti) che hanno dei Dirigenti (Assicurati) a cui si applica il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Industria, per soddisfare le seguenti esigenze assicurative: • fare fronte agli impegni economici in caso di decesso o invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale di un dirigente in base a quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Industria, • beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente.	

 Quali costi devo sostenere?						
COSTI GRAVANTI SUL PREMIO	Per entrambe le garanzie caso morte e invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale sul Contraente gravano i seguenti costi su base annua: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia</th><th>Costo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Spese di acquisto, incasso gestione (caricamenti)</td><td>16% del premio di sottoscrizione per ciascun Assicurato</td></tr> <tr> <td>8% del premio di rinnovo per ciascun Assicurato</td></tr> </tbody> </table> I costi applicati non dipendono dall'età e dal sesso dell'Assicurato. Sul tasso di premio della sola Garanzia Caso Morte viene applicato uno sconto del 5%. Inoltre, sui premi di rinnovo della sola Garanzia Caso Morte è previsto un abbuono di premio del 20% della differenza tra premi pagati (al netto dei sovrappremi) e sinistri liquidati nel periodo di riferimento del calcolo dell'abbuono come dettagliato all'art 10.1 delle Condizioni di assicurazione. Si precisa che i costi per il rapporto di visita medica e gli accertamenti sanitari, qualora necessari per l'accertamento del rischio da parte della Compagnia, sono a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.	Tipologia	Costo	Spese di acquisto, incasso gestione (caricamenti)	16% del premio di sottoscrizione per ciascun Assicurato	8% del premio di rinnovo per ciascun Assicurato
Tipologia	Costo					
Spese di acquisto, incasso gestione (caricamenti)	16% del premio di sottoscrizione per ciascun Assicurato					
	8% del premio di rinnovo per ciascun Assicurato					
COSTI DI INTERMEDIAZIONE	La quota parte dei costi percepita dall'Intermediario è pari al 62,50% dei premi di primo anno e del 25% dei premi di rinnovo.					

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALLA COMPAGNIA ASSICURATRICE	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Relazioni Clienti - Fideuram Vita S.p.A. Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma Fax: +39 06.3571.4509 e-mail: servizioreclami@fideuramvita.it .
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di riscontro oltre il termine massimo di quarantacinque giorni da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax: 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
MEDIAZIONE (OBBLIGATORIA)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
NEGOZIAZIONE ASSISTITA (FACOLTATIVA)	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile (accedendo al sito internet: http://www.ec.europa.eu/fin-net).
ARBITRATO IN CASO DI CONTROVERSIE	In caso di controversie sullo stato di Invalidità Totale e Permanente, il Contraente, l'Assicurato o il Beneficiario può conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni di assicurazione, ad un Collegio arbitrale composto di 3 medici, di cui due nominati da ciascuna delle Parti e il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 nominato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra 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 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

REGIME FISCALE

TRATTAMENTO FISCALE APPLICABILE AL CONTRATTO

Imposta sui premi

Non prevista

Regime fiscale applicabile ai premi

I premi versati dal Contraente sono deducibili dal reddito di impresa.

Tassazione delle somme percepite da persone giuridiche esercenti attività d'Impresa

Le somme pagate dalla Compagnia in caso di morte e di invalidità totale e permanente di chi è assicurato a soggetti che esercitano attività commerciali (società di persone commerciali, società di capitali ed enti commerciali) concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le ordinarie regole di tassazione.

Su tali somme la Compagnia non applica l'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter del DPR 29 settembre 1973, n. 600.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, SPORTIVO E SULLE ABITUDINI DI VITA LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

LA COMPAGNIA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SI POTRÀ GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.