

Polizza Collettiva TCM per le Imprese

Assicurazione temporanea caso morte con garanzia opzionale per invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in forma collettiva per le Imprese.

Il prodotto viene distribuito in via esclusiva da Intesa Sanpaolo Insurance Agency

Condizioni di assicurazione Edizione Marzo 2021 redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Assicurazioni Consumatori - Associazioni intermediari

Prodotto emesso da



INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Sezione prima: La prestazione assicurata	Pag.	1
Art. 1 L'oggetto della copertura assicurativa	"	1
Art. 2 Le persone assicurabili	"	2
Art. 3 Le limitazioni alla copertura assicurativa (esclusioni e periodo di carenza)	"	3
Sezione seconda: Gli obblighi derivanti dal contratto	"	5
Art. 4 La modalità di ingresso in assicurazione	"	5
Art. 5 Le dichiarazioni inesatte e reticenti	"	6
Art. 6 L'aggravamento del rischio per la garanzia invalidità totale e permanente da malattia o infortunio	"	6
Art. 7 La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione	"	6
Art. 8 Denuncia e accertamento dell'invalidità	"	7
Art. 9 I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta	"	7
Art. 10 Termini di prescrizione del contratto	"	9
Sezione terza: Il premio	"	9
Art. 11 Il premio e le modalità di pagamento	"	9
Sezione quarta: Gli aspetti contrattuali	"	11
Art. 12 La decorrenza e la durata del contratto e delle coperture assicurative	"	11
Art. 13 La sospensione e la riattivazione delle coperture assicurative	"	11
Art. 14 L'esercizio del diritto di recesso	"	12
Art. 15 Il riscatto, la riduzione, il prestito	"	12
Art. 16 La cessione, il pegno e il vincolo	"	12
Art. 17 La designazione del Beneficiario	"	12
Sezione quinta: Le altre caratteristiche del contratto	"	12
Art. 18 La legge applicabile al contratto	"	12
Art. 19 Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	"	12
Art. 20 Arbitrato in caso di controversie	"	13
Art. 21 La non pignorabilità e la non sequestrabilità	"	13
Art. 22 Le tasse e le imposte	"	13
Allegato 1 – Settori Merceologici inclusi	"	14
Allegato 2 – Valutazione del rischio	"	16

GLOSSARIO

POLIZZA COLLETTIVA TCM PER LE IMPRESE

Assicurazione temporanea caso morte con garanzia opzionale per invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in forma collettiva per le Imprese

(CODICE PRODOTTO 43)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La “**Polizza Collettiva TCM per le Imprese**” (codice prodotto 43 – codice tariffa 293 per la copertura caso morte e codice tariffa ITP01 per la copertura opzionale invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio), nel seguito la “Polizza Collettiva” o il “contratto”, è una assicurazione temporanea caso morte ad adesione obbligatoria che prevede la possibilità di attivare anche la garanzia opzionale invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio rivolta alle Imprese, con sede legale in Italia e un numero di occupati non superiore a 1.000, facenti parte dei settori merceologici classificati in base ai Codici ATECO 2007 ed elencati nell’Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione “Allegato 1 - Settori merceologici inclusi”, stipulata nell’interesse del proprio personale dirigente e/o non dirigente (nel seguito l’“Assicurato” o gli “Assicurati”).

Le presenti Condizioni di Assicurazione si applicano ad ogni Polizza collettiva sottoscritta tra la singola Impresa (nel seguito il “Contraente”) e Fideuram Vita S.p.A. (nel seguito la “Compagnia”).

SEZIONE PRIMA LA PRESTAZIONE ASSICURATA

ART. 1 – L’OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

1.1 – La Prestazione Assicurata: Garanzia Base in Caso di Morte

La Polizza Collettiva copre il rischio di decesso degli Assicurati indicati nella Polizza Collettiva, **fatte salve le limitazioni previste dal successivo art. 3.**

La Compagnia, in caso di decesso di uno degli Assicurati avvenuto prima della scadenza di ciascun periodo di copertura, si impegna a pagare al Beneficiario designato in polizza il relativo capitale assicurato.

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 o infortunio. Tale capitale, per ciascun Assicurato, è indicato dal Contraente in base alle regole definite dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (di seguito solo “CCNL”) e/o alla Regolamentazione aziendale applicabile al proprio personale dirigente e/o non dirigente (a titolo esemplificativo e non esaustivo può essere definito in cifra fissa in funzione dell’inquadramento professionale o come un multiplo della Retribuzione Annuale Lorda).

Il capitale massimo assicurabile, per ciascun Assicurato, è pari a:

- Euro 2.500.000 in assenza di garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio;
- Euro 1.000.000 in caso di attivazione della garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio.

In ogni caso, il capitale massimo assicurabile per un Assicurato non può eccedere la differenza tra Euro 2.500.000 e la somma dei capitali già assicurati presso la Compagnia su altre polizze temporanee in caso di morte o monoannuali di gruppo per il medesimo Assicurato.

Qualora, nel corso del periodo di copertura, non si verifichi il decesso dell'Assicurato nulla è dovuto da parte della Compagnia e i premi già versati restano acquisiti da quest'ultima.

1.2 – La Prestazione Opzionale: Garanzia Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio

Il Contraente alla stipula del contratto può richiedere l'attivazione della garanzia opzionale che copre l'invalidità totale e permanente per malattia o infortunio (come definita al successivo punto 1.2.1), **fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 3.** Trattandosi di una prestazione facoltativa, la stessa può essere attivata in forma opzionale e non è possibile stipulare il presente contratto con la sola garanzia in caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio.

Tale garanzia opzionale, qualora attivata dal Contraente, è da intendersi ad adesione obbligatoria per tutti gli Assicurati come avviene per la Garanzia Base Caso Morte.

La Compagnia, in caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio di uno degli Assicurati verificatasi prima della scadenza di ciascun periodo di copertura, si impegna a pagare al Beneficiario designato in polizza il relativo capitale assicurato.

Il capitale assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio è fissato in egual misura al capitale assicurato della garanzia caso morte.

Il riconoscimento da parte della Compagnia dell'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato, determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di morte; pertanto la posizione individuale si estingue.

Qualora, nel corso del periodo di copertura, non si verifichi un evento 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.

1.2.1 – Definizione di Invalidità Totale e Permanente

S'intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che per malattia o infortunio, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini e sempreché tale evento abbia comportato, quale conseguenza diretta ed esclusiva dello stato di invalidità, la risoluzione del rapporto di lavoro.

Esclusivamente per calcolare il grado di invalidità totale e permanente dovuta a infortunio si adotta la tabella delle percentuali allegata al DPR 30/06/1965 n. 1124 (cd tabelle INAIL).

ART. 2 – LE PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche, domiciliate in Italia, coincidenti con il personale dirigente e/o non dirigente di ciascuna Impresa Contraente che, al momento dell'ingresso in assicurazione e alle date di ciascun rinnovo annuale delle coperture assicurative, siano in servizio e abbiano un'età assicurativa compresa tra 18 e 70 anni estremi inclusi.

L'età assicurativa dell'Assicurato viene determinata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore

a sei mesi e considerando anno intero quella uguale o superiore a sei mesi.

L'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Compagnia.

ART. 3 – LE LIMITAZIONI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA (ESCLUSIONI E PERIODO DI CARENZA)

Il rischio di morte e di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto dettagliato ai successivi articoli 3.1 e 3.2

3.1 Esclusioni e periodo di carenza della Garanzia Base

Di seguito si riportano le esclusioni e i periodi di carenza riferiti alla Garanzia Base Caso Morte.

3.1.1 Le esclusioni

È **escluso dalla copertura caso morte** il decesso causato da:

- a) dolo del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari. Nel caso in cui un Assicurato si rechi in un Paese nel quale sia già attiva una situazione di guerra o simile, la copertura assicurativa non è operativa. Nel caso, invece, in cui la circostanza si verifichi successivamente all'arrivo dell'assicurato nel paese (cioè nel caso in cui l'assicurato fosse già presente prima dell'inizio delle situazioni di guerra), la garanzia resta in vigore per 14 giorni;
- d) 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;
- e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

Per meglio descrivere le modalità con cui operano le esclusioni si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che nel corso della durata contrattuale si verifichi il decesso dell'Assicurato a causa di un incidente stradale e che, a seguito degli accertamenti svolti, sia emerso che l'Assicurato non era abilitato alla guida del veicolo che conduceva in quanto la patente era scaduta da più di sei mesi.

In tal caso la Compagnia non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto il decesso è stato determinato da uno degli eventi esclusi dalla copertura assicurativa.

3.1.2 La carenza

La garanzia assicurativa caso morte non è operante nei sottoindicati periodi (cosiddetti **periodi di carenza**):

- **2 anni** dalla decorrenza della Polizza Collettiva o dall'ingresso in assicurazione di ciascun Assicurato, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a suicidio;
- **5 anni** dalla decorrenza della Polizza Collettiva o dall'ingresso in assicurazione di ciascun Assicurato, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, dovuto a una delle cause sopra descritte, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario il premio pagato per l'anno di copertura assicurativa in cui si è verificato il decesso, al netto di eventuali imposte.

Per meglio descrivere le modalità con cui opera la carenza si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che il decesso dell'Assicurato sia dipeso da suicidio avvenuto entro il 1° anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione. In tal caso la prestazione assicurata non è riconosciuta e il premio pagato, al netto di eventuali imposte, viene restituito al Beneficiario.

3.2 Esclusioni e periodo di carenza della Garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio

Di seguito si riportano le esclusioni riferite alla Garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio.

3.2.1 Le esclusioni

Con riferimento all'Invalidità totale e permanente da malattia o infortunio è **escluso dalla copertura l'invalidità causata da:**

- a) dolo del Beneficiario;
- b) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui compiuti o consentiti
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari. Nel caso in cui un Assicurato si rechi in un Paese nel quale sia già attiva una situazione di guerra o simile, la copertura assicurativa non è operativa. Nel caso, invece, in cui la circostanza si verifichi successivamente all'arrivo dell'assicurato nel paese (cioè nel caso in cui l'assicurato fosse già presente prima dell'inizio delle situazioni di guerra), la garanzia resta in vigore per 14 giorni;
- d) 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;
- e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- g) sport estremi in generale (ad esempio base jumping, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping, rapelling, canoa fluviale, tuffi dalle grandi altezze);
- h) infortuni dell'Assicurato procurati dallo stesso in stato di ebbrezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico pari o superiore a 1 grammo per litro (g/l);
- i) malattie correlate al consumo prolungato e sistematico di sostanze alcoliche, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

È, inoltre, escluso il pagamento del capitale assicurato, qualora, anteriormente all'ingresso in assicurazione della posizione individuale, sia stata presentata domanda per l'accertamento dell'invalidità dell'Assicurato all'Ente previdenziale di appartenenza, e, sempreché, questa si sia conclusa con esito positivo anche con data successiva all'ingresso in assicurazione.

Per meglio descrivere le modalità con cui operano le esclusioni si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che nel corso della durata contrattuale si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato a causa di un incidente stradale e che, a seguito degli accertamenti svolti, sia emerso che l'Assicurato non era abilitato alla guida del veicolo che conduceva in quanto la patente era scaduta da più di sei mesi.

In tal caso la Compagnia non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto l'invalidità è stata determinata da uno degli eventi esclusi dalla copertura assicurativa.

3.2.2 La carenza

Non sono previsti periodi di carenza per la garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio.

3.3 Evento che colpisca più Assicurati

Per ciascuna Polizza Collettiva, in caso di decesso o in caso di invalidità totale e permanente da infortunio che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento, la garanzia assicurativa è operante fino ad un importo complessivo indicato nella tabella seguente.

Tali importi saranno suddivisi in relazione al numero degli Assicurati colpiti dallo stesso evento e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati (questo comporta che la somma assicurata individuale risulti ridotta proporzionalmente rispetto al massimale sotto indicato relativo all'evento che colpisca più Assicurati).

Numero Assicurati per Impresa	Limite per evento che colpisca più Assicurati
2 – 50	6 volte il Capitale Medio assicurato (con massimo di 2 milioni di euro)
51 – 1.000	10 volte il Capitale Medio assicurato (con massimo di 5 milioni di euro)

SEZIONE SECONDA GLI OBBLIGHI DERIVANTI DAL CONTRATTO

ART. 4 – LA MODALITÀ DI INGRESSO IN ASSICURAZIONE

Ai fini dell'ingresso in assicurazione, il Contraente fornisce alla Compagnia l'elenco degli Assicurati da includere in copertura indicando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare.

Il Contraente fornisce, con cadenza mensile, ogni variazione relativa ai già Assicurati intervenuta in corso di contratto, per rinnovo e/o cessazione della copertura assicurativa (per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento), comunica il decesso o, qualora sia stata attivata la garanzia opzionale, l'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, la modifica del capitale assicurato anche a seguito di variazione dell'inquadramento professionale di ciascun Assicurato nonché l'eventuale ingresso di nuovi Assicurati da inserire in polizza.

L'ingresso in assicurazione è subordinato alla valutazione del rischio da parte della Compagnia.

In particolare, è stato definito un Free Cover Limit (nel seguito FCL) in funzione del numero degli Assicurati e dell'importo del capitale da assicurare ovvero il livello di copertura entro il quale non viene effettuata da parte della Compagnia un'analisi puntuale del rischio.

Il processo di valutazione del rischio è dettagliato nell'"Allegato 2 - Valutazione del rischio" alle presenti Condizioni di Assicurazione e dipende dal numero degli Assicurati e dall'importo del capitale assicurato per ciascun Assicurato.

Il Questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita, il Rapporto di visita medica, gli eventuali accertamenti sanitari effettuati dall'Assicurato ed il Questionario sportivo, una volta compilati e debitamente firmati dall'Assicurato, dovranno essere inviati alla Compagnia per il tramite del Contraente, in busta chiusa nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento GDPR (*General Data Protection Regulation*).

Ricevuta la documentazione sopra indicata, la Compagnia effettua la valutazione del rischio e, ove necessario, determina l'eventuale sovrappremio da corrispondere per l'attivazione della copertura

assicurativa.

Nel caso in cui la Compagnia ritenesse necessario richiedere ulteriore documentazione per l'accertamento del rischio invierà al Contraente la richiesta della documentazione integrativa per ciascun Assicurato.

La decisione finale dell'ingresso in assicurazione di ciascun Assicurato, verrà presa dalla Compagnia, a suo insindacabile giudizio, a seguito dell'analisi della documentazione prodotta.

Le spese relative al rapporto di visita medica e agli accertamenti sanitari richiesti sono interamente a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

ART. 5 – LE DICHIARAZIONI INESATTE E 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.

ART. 6 – L'AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER LA GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA MALATTIA O INFORTUNIO

Ai sensi dell'art. 1898 del codice civile il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, agli effetti della prosecuzione della garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio, a comunicare per iscritto alla Compagnia ogni cambiamento dell'attività esercitata di tipo professionale o extra professionale (es. di tipo sportivo e/o in riferimento alle abitudini di vita), dichiarata in fase di ingresso in assicurazione.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio.

ART. 7 – LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E L'ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui la Compagnia e il Contraente firmano la Polizza Collettiva. Gli effetti del contratto decorrono dalle ore 24:00 del giorno di conclusione del contratto stesso.

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.

Il Contraente deve corrispondere il premio entro 30 giorni dalla data di comunicazione dell'elenco degli Assicurati. In caso di mancato pagamento del premio la copertura assicurativa si intende non attiva.

ART. 8 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

Qualora sia stata attivata la relativa copertura e si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato come definita al precedente art. 1.2.1, il Contraente è tenuto a darne comunicazione (denuncia) alla Compagnia, tramite Posta Elettronica Certificata (di seguito anche solo PEC) all'indirizzo fideuramvita@pec.fideuramvita.it o mediante raccomandata A.R., indirizzata a:

Fideuram Vita S.p.A. – Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia

producendo la documentazione indicata al successivo art. 9, entro 120 giorni dal riconoscimento dell'invalidità da parte dell'Ente di Previdenza interessato (INPS/INAIL), purché lo stesso sia stato ottenuto in vigenza di copertura oppure dalla cessazione del rapporto di lavoro in conseguenza all'insorgenza dell'invalidità permanente in data antecedente al riconoscimento da parte dell'Ente di Previdenza interessato (INPS/INAIL).

La data di efficacia della denuncia è posta pari al giorno di ricevimento da parte della Compagnia della PEC o della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

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.

La Compagnia si impegna ad accertare l'invalidità entro 30 giorni dalla data di efficacia della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'ulteriore documentazione richiesta ai sensi del successivo art. 9, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

La garanzia caso morte rimane sospesa fino alla fine dell'accertamento dell'invalidità.

Se all'esito dell'accertamento viene confermato il diritto al pagamento della prestazione per invalidità, la garanzia assicurativa (caso morte ed invalidità) si estingue e la Compagnia procede al pagamento della prestazione.

Se invece all'esito dell'accertamento non viene confermato il diritto al pagamento della prestazione per invalidità, la garanzia assicurativa (caso morte ed invalidità) resta in vigore fino alla originaria scadenza della copertura.

La morte dell'Assicurato, che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità, equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità. La Compagnia in tal caso procede al pagamento del capitale assicurato per invalidità totale e permanente; nulla è dovuto in relazione al capitale caso morte relativo alla Garanzia base caso morte e la relativa copertura si estingue.

Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento tutte le coperture per lo specifico Assicurato si estinguono.

ART. 9 - I PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA E LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Per poter dare corso al pagamento della prestazione prevista dalle Condizioni di assicurazione devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

9.1 Garanzia Base Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, i documenti da produrre sono i seguenti:

- richiesta di liquidazione del capitale firmata dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice (con l'indicazione della data di nascita);
- certificato medico attestante la causa del decesso dell'Assicurato, rilasciato dal medico o dal presidio ospedaliero che ne ha constatato il decesso;
- su richiesta della Compagnia, copia delle cartelle cliniche relative ai ricoveri che l'Assicurato ha subito negli ultimi 10 anni;

- in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad eventi accidentali, verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- documentazione attestante la qualifica e i relativi poteri del Legale Rappresentante del Beneficiario;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante del Beneficiario.

Per quanto riguarda la documentazione sanitaria relativa alle circostanze del decesso dell'Assicurato necessaria per l'erogazione della prestazione assicurata:

- la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire tale documentazione;
- il Beneficiario raccoglie e presenta direttamente alla Compagnia la predetta documentazione. Qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, potrà mettersi in contatto con la Compagnia al fine di conferirle specifico mandato affinché, nel nome e nell'interesse del Beneficiario e nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si possa attivare per il suo recupero;
- in ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione se già in suo possesso.

Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, a seguito di specifiche esigenze la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione, motivando adeguatamente le ragioni istruttorie su cui si fonda la richiesta di integrazione documentale.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione, la Compagnia provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopra indicata.

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.

9.2 Garanzia opzionale Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio

In caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato, i documenti da produrre sono i seguenti:

- richiesta di liquidazione del capitale firmata dal Beneficiario;
- relazione del medico curante sulle cause e circostanze dell'invalidità e sulle condizioni di salute dell'assicurato;
- documentazione dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato attestante l'accertamento del diritto all'assegno ordinario di invalidità previdenziale o alla pensione di inabilità;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario specifica richiesta dalla Compagnia ritenuta necessaria per l'accertamento del diritto alla prestazione (ad esempio cartelle cliniche di ricoveri precedenti; esami clinici; etc.);
- verbale completo di accertamento dell'invalidità previdenziale o inabilità da richiedere all'ufficio INPS o INAIL territorialmente competente, contenente le informazioni che hanno portato al riconoscimento dell'assegno di invalidità (informazioni sanitarie, grado di riduzione delle capacità lavorative dell'Assicurato, informazioni sul tipo di lavoro e mansioni svolte, stato contributivo, etc.);
- dichiarazione del Contraente che l'Assicurato ha sospeso l'attività lavorativa;
- documentazione attestante la qualifica e i relativi poteri del Legale Rappresentante del Beneficiario;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante del Beneficiario.

La Compagnia, ricevuta la documentazione, procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno del diritto a conseguire l'assegno ordinario di invalidità permanente dell'Ente Previdenziale interessato (INPS/INAIL). Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione, a seguito di specifiche esigenze la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione, motivando adeguatamente le ragioni istruttorie su cui si fonda la richiesta di integrazione documentale.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione, la Compagnia provvede alla

liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopra indicata.

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.

ART. 10 – TERMINI DI PRESCRIZIONE DEL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni da quando 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.

SEZIONE TERZA IL PREMIO

ART. 11 – IL PREMIO E LA MODALITÀ DI PAGAMENTO

A fronte dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, il Contraente si impegna a pagare un premio unico, variabile di anno in anno, per ciascun Assicurato.

L'importo del premio unico da pagare nell'anno di copertura assicurativa per ciascun Assicurato dipende da:

- o l'età raggiunta dall'Assicurato alla data di ingresso in assicurazione;
- o l'importo del capitale assicurato;
- o l'eventuale aggravamento del rischio valutato dalla Compagnia in funzione della dichiarazione del datore di lavoro e dell'eventuale ulteriore documentazione ricevuta al momento del primo ingresso in assicurazione di ciascun Assicurato o in sede di variazione del capitale assicurato.

L'importo del premio da corrispondere è comunicato annualmente dalla Compagnia al Contraente sulla base dell'elenco degli Assicurati e delle informazioni necessarie per il calcolo del premio, tenendo conto anche dell'eventuale sconto, cosiddetto "abbuono di premio", calcolato con le modalità più avanti indicate.

Il premio versato per ogni Assicurato all'inizio di ciascun periodo di copertura viene corrisposto dal Contraente a mezzo bonifico bancario a favore della Compagnia entro 30 giorni dalla data di comunicazione dell'elenco degli Assicurati da parte della Compagnia al Contraente.

In caso di cessazione della copertura assicurativa per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento dell'Assicurato, la Compagnia restituisce 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.

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 della Polizza Collettiva, e successivamente a tale data sei mesi prima di ciascuna ricorrenza annuale della Polizza Collettiva, nel caso in cui le basi demografiche utilizzate dalla Compagnia per il calcolo dei tassi di premio non risultino più adeguate a rappresentare la collettività in oggetto. In tal caso il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 90 giorni dalla comunicazione di modifica.

Costi gravanti sul premio

Per la garanzia caso morte e per la garanzia invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (se

attivata) sui premi gravano dei costi di ingresso (caricamenti) su base annua, come di seguito indicato:

- a) Premi di prima sottoscrizione per ciascun Assicurato: 16%
- b) Premi di rinnovo per ciascun Assicurato: 8%

11.1 L'abbuono del premio

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.

Di seguito si riportano, a titolo puramente indicativo, due esempi numerici di calcolo dell'abbuono complessivo di premio, elaborati considerando l'assenza di sovrappremi:

Premi da pagare nel 1° anno di assicurazione: Euro 1.000.000

Premi da pagare nel 2° anno di assicurazione: Euro 1.000.000 (si suppone che da un anno all'altro i premi totali da pagare, al lordo dell'abbuono, rimangano invariati)

Numero degli assicurati nel 1° e 2° anno di assicurazione: 500

Ipotesi 1 – Somme da liquidare per decessi nel 1° anno inferiori ai premi pagati

Premi pagati nel 1° anno (P)	Decessi accaduti nel 1° anno (S)	Saldo (A) = (P - S)	Percentuale di abbuono (K)	Abbuono di premio (B) = K * A
1.000.000	500.000	500.000	20%	100.000 (20% * 500.000)

Premi pagati nel 2° anno (P - B)	Decessi accaduti nel 2° anno (S)	Saldo (A) = (P - S)	Percentuale di abbuono (K)	Abbuono di premio (B) = K * A
900.000 (1.000.000 - 100.000)	500.000	400.000 (900.000 - 500.000)	20%	80.000 20% * 400.000

Ipotesi 2 – Somme da liquidare per decessi nel 1° anno superiori ai premi pagati

Premi pagati nel 1° anno (P)	Decessi accaduti nel 1° anno (S)	Saldo (A) = (P - S)	Percentuale di abbuono (K)	Abbuono di premio (B) = K * A
1.000.000	1.500.000	- 500.000	20%	0 (in quanto A è un valore negativo)

Premi pagati nel 2° anno (P - B)	Decessi accaduti nel 2° anno (S)	Saldo (A) = (P - S)	Percentuale di abbuono (K)	Abbuono di premio (B) = K * A
1.000.000	-	500.000 (1.000.000 + 1.000.000 - 1.500.000) il conteggio parte dal 1° anno visto che non è stato pagato abbuono nel 1° anno)	20%	100.000 (20% * 500.000)

SEZIONE QUARTA GLI ASPETTI CONTRATTUALI

ART. 12 – LA DECORRENZA E LA DURATA DEL CONTRATTO E DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

La decorrenza e la data di scadenza del contratto sono riportate nella Polizza Collettiva.

La durata del contratto è pari a 3 anni.

La scadenza della Polizza Collettiva può essere tacitamente prorogata 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.

ART. 13 – LA SOSPENSIONE E LA RIATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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 o infortunio 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 nonché la nuova documentazione sanitaria per la valutazione del rischio in funzione del livello del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato.

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.

ART. 14 – L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ai sensi dell'art. 177 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 209/2005 e successive modificazioni ed integrazioni) può recedere dalla Polizza Collettiva entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto conferma della conclusione della stessa, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

Fideuram Vita S.p.A. – Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia

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..

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia, rimborsa al Contraente, un importo pari al premio da questi eventualmente corrisposto, diminuito della parte di premio corrispondente al rischio corso dalla Compagnia per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

ART. 15 – IL RISCATTO, LA RIDUZIONE, IL PRESTITO

La presente assicurazione non prevede valore di riscatto e riduzione delle prestazioni assicurate né la concessione di prestiti.

ART. 16 – LA CESSIONE, IL PEGNO E IL VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto. Tale atto diventa efficace nei confronti della Compagnia solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione sul contratto o su apposita appendice.

Il contratto non può essere oggetto di garanzia tramite pegno o vincolo sulle somme assicurate.

ART. 17 – LA DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO

In caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (se è stata attivata la relativa copertura) di uno degli Assicurati il pagamento della relativa prestazione assicurata viene fatto a favore del Beneficiario indicato in polizza, e coincidente sempre con il Contraente stesso.

SEZIONE QUINTA LE ALTRE CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

ART. 18 – LA LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Il contratto è regolato dalla legge italiana, le cui disposizioni si applicano per quanto non disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione.

ART. 19 – SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

Per la risoluzione delle controversie, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali la mediazione obbligatoria e la negoziazione assistita facoltativa, secondo le norme tempo per tempo vigenti.

Foro competente per le controversie relative alla presente assicurazione è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto, situato in Italia.

ART. 20 – ARBITRATO IN CASO DI CONTROVERSIE

In caso di controversie sullo stato di Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio, il Contraente, l'Assicurato, o il Beneficiario possono 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.

ART. 21 – LA NON PIGNORABILITÀ E LA NON SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'art. 1923 del codice civile le somme dovute in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

ART. 22 – LE TASSE E LE IMPOSTE

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o del Beneficiario e degli aventi diritto.

ALLEGATO 1**SETTORI MERCEOLOGICI INCLUSI**

Di seguito si riporta l'elenco dei settori merceologici, con i relativi Codici ATECO 2007, che risultano **inclusi** nella copertura caso morte e, ove prevista, nella garanzia opzionale invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio:

ID	Codice ATECO	Descrizione settore (da classificazione ATECO 2007)
1	D	fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata
2	L	attività immobiliari
3	P	Istruzione
4	10	industrie alimentari
5	11	industria delle bevande
6	12	industria del tabacco
7	13	industrie tessili
8	14	confezione di articoli di abbigliamento, confezione di articoli in pelle e pelliccia
9	15	fabbricazione di articoli in pelle e simili
10	16	industria del legno e dei prodotti in legno e sughero (esclusi i mobili), fabbricazione di articoli in paglia e materiali da intreccio
11	17	fabbricazione di carta e di prodotti di carta
12	18	stampa e riproduzione di supporti registrati
13	20	fabbricazione di prodotti chimici
14	21	fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici
15	22	fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche
16	25	fabbricazione di prodotti in metallo (esclusi macchinari e attrezzature)
17	26	fabbricazione di computer e prodotti di elettronica e ottica, apparecchi elettromedicali, apparecchi di misurazione e di orologi
18	27	fabbricazione di apparecchiature elettriche ed apparecchiature per uso domestico non elettriche
19	28	fabbricazione di macchinari ed apparecchiature nca
20	29	fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi
21	30	fabbricazione di altri mezzi di trasporto
22	31	fabbricazione di mobili
23	32	altre industrie manifatturiere
24	36	raccolta, trattamento e fornitura di acqua
25	37	gestione delle reti fognarie
26	38	attività di raccolta, trattamento e smaltimento dei rifiuti recupero dei materiali
27	39	attività di risanamento e altri servizi di gestione dei rifiuti
28	G	commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di autoveicoli e motocicli
29	46	commercio all'ingrosso (escluso quello di autoveicoli e di motocicli)
30	47	commercio al dettaglio (escluso quello di autoveicoli e di motocicli)
31	52	magazzinaggio e attività di supporto ai trasporti

ID	Codice ATECO	Descrizione settore (da classificazione ATECO 2007)
32	53	servizi postali e attività di corriere
33	55	alloggio
34	56	attività dei servizi di ristorazione
35	58	attività editoriali
36	59	attività di produzione cinematografica, di video e di programmi televisivi, di registrazioni musicali e sonore
37	60	attività di programmazione e trasmissione
38	61	telecomunicazioni
39	62	produzione di software, consulenza informatica e attività connesse
40	63	attività dei servizi d'informazione e altri servizi informatici
41	64	attività di servizi finanziari (escluse le assicurazioni e i fondi pensione)
42	65	assicurazioni, riassicurazioni e fondi pensione (escluse le assicurazioni sociali obbligatorie)
43	66	attività ausiliarie dei servizi finanziari e delle attività assicurative
44	69	attività legali e contabilità
45	70	attività di direzione aziendale e di consulenza gestionale
46	71	attività degli studi di architettura e d'ingegneria, collaudi ed analisi tecniche
47	72	ricerca scientifica e sviluppo
48	73	pubblicità e ricerche di mercato
49	74	altre attività professionali, scientifiche e tecniche
50	75	servizi veterinari
51	77	attività di noleggio e leasing operativo
52	78	attività di ricerca, selezione, fornitura di personale
53	79	attività dei servizi delle agenzie di viaggio, dei tour operator e servizi di prenotazione e attività connesse
54	81	attività di servizi per edifici e paesaggio
55	82	attività di supporto per le funzioni d'ufficio e altri servizi di supporto alle imprese
56	86	assistenza sanitaria
57	87	servizi di assistenza sociale residenziale
58	88	assistenza sociale non residenziale
59	91	attività di biblioteche, archivi, musei ed altre attività culturali
60	92	attività riguardanti le lotterie, le scommesse, le case da gioco
61	95	riparazione di computer e di beni per uso personale e per la casa
62	96	altre attività di servizi per la persona

ALLEGATO 2**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Nella tabella è indicata la documentazione da produrre per ciascuna Assicurato per la valutazione del rischio da parte della Compagnia. Tale documentazione dipende dal numero degli Assicurati e dal capitale assicurato.

N. Assicurati per Impresa	Capitale da assicurare per singolo Assicurato					
2 – 4	N/A	N/A	da 1 € a 300.000 €	da 300.001 € a 500.000 €	da 500.001 € a 1.000.000 €	da 1.000.001 € a 2.500.000 €
5 – 50	fino a 100.000 €	da 100.001 € a 200.000 €	da 200.001 € a 400.000 €	da 400.001 € a 600.000 €	da 600.001 € a 1.100.000 €	da 1.100.001 € a 2.500.000 €
51 – 250	fino a 200.000 €	da 200.001 € a 300.000 €	da 300.001 € a 500.000 €	da 500.001 € a 700.000 €	da 700.001 € a 1.200.000 €	da 1.200.001 € a 2.500.000 €
251 – 1.000	fino a 300.000 €	da 300.001 € a 400.000 €	da 400.001 € a 600.000 €	da 600.001 € a 800.000 €	da 800.001 € a 1.300.000 €	da 1.300.001 € a 2.500.000 €
Documentazione Richiesta	Nessun documento richiesto (cosiddetto FCL – free cover limit)	Dichiarazione Fit At Work	Questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita	Rapporto Visita medica	Rapporto Visita medica	Rapporto Visita medica
			Questionario sportivo (ove necessario)	Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1)	Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1) Esami di Laboratorio (2) ECG a riposo ECG sotto sforzo (per età superiore a 50 anni) Ecocardiografia Ecotomografia addome completa	Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1) Esami di Laboratorio (2) Esami di Laboratorio (3) ECG a riposo ECG sotto sforzo (per età superiore a 50 anni) Ecocardiografia (incluso esame eco-doppler) Ecotomografia addome completa (inclusi organi uro-genitali)

Dichiarazione Fit At Work	Dichiarazione del Contraente, in qualità di datore di lavoro, attestante gli Assicurati che: a) hanno una riduzione (anche totale) dell'orario di lavoro dovuta a malattia e/o infortunio per un periodo superiore a 30 giorni lavorativi non consecutivi o 15 giorni lavorativi consecutivi negli ultimi 6 mesi; b) percepiscono una pensione di invalidità/inabilità. Inoltre, in caso di altre polizze già esistenti e/o in corso di perfezionamento, il Contraente è altresì tenuto a comunicare alla Compagnia se per ciascun Assicurato è già pagato un sovrappremio con evidenza della relativa incidenza sul premio dell'ultimo anno.
Esami di Laboratorio (1):	colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, glicemia, HbsAg, esame completo delle urine effettuate in laboratorio
Esami di Laboratorio (2):	Emocromo completo con formula e piastrine, creatininemia, Transaminasi (AST e ALT), Gamma GT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, tempo di protrombina Transaminasi GOT, GPT, HCV
Esami di Laboratorio (3):	Azotemia, elettroforesi proteica, HCV, HbsAg, PT, PSA (solo per gli uomini con età superiore a 50 anni), acido urico, Test di funzionalità tiroidee (FT3, FT4, TSH), AFP, h+CEA e CA 19-9, HIV

Per gli Assicurati indicati nei punti a) e b) della Dichiarazione Fit At Work è previsto un processo di valutazione del rischio puntuale da parte della Compagnia che prevede la compilazione del Questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita e, ove necessario, del Questionario sportivo.

A seguito della documentazione prodotto la Compagnia si riserva, in ogni caso, di richiedere il Rapporto di visita medica e/o ulteriori accertamenti sanitari al fine della corretta valutazione del rischio.

GLOSSARIO

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto.

Beneficiario: coincide con il Contraente ed è la persona giuridica che riceve la prestazione prevista dal contratto.

Capitale assicurato: importo che la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario.

Carenza: periodo di non operatività della copertura assicurativa durante il quale, in caso di decesso dell'Assicurato, La Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata, fatta salva, laddove prevista, la restituzione dei premi versati al netto delle imposte.

Compagnia di assicurazione (o Compagnia): Fideuram Vita S.p.A.. È l'Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Copertura assicurativa: Impegno della Compagnia a pagare la prestazione indicata nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva.

Costi sui premi: coincidono con le spese di gestione direttamente comprese nei tassi di premio.

Data di conclusione del contratto: coincide con il giorno in cui la Compagnia e il Contraente firmano il contratto (cosiddetta Polizza Collettiva).

Data di decorrenza del contratto: data in cui entra in vigore il contratto e diventano efficaci le garanzie ivi previste. Coincide con la data di conclusione del contratto.

Data di scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Durata dell'assicurazione: intervallo di tempo, che intercorre fra la data di entrata in vigore dell'assicurazione e quella della scadenza, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

Dichiarazioni: informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipula o nel corso del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Età assicurativa: modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Garanzia Base: impegno della Compagnia a pagare la prestazione in caso di morte indicata nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva.

Garanzia Opzionale: impegno della Compagnia a pagare la prestazione facoltativa in caso di invalidità totale e permanente per malattia o infortunio indicata nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva. L'adesione a tale copertura facoltativa può avvenire solo alla sottoscrizione del modulo di proposta.

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, è un Ente pubblico non economico che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

INPS: Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ente pubblico, che gestisce la quasi totalità della previdenza italiana, assicurando la maggior parte dei lavoratori autonomi e dei dipendenti del settore pubblico e privato.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Polizza Collettiva: contratto di assicurazione sulla vita per conto di chi spetta nella forma temporanea caso morte, sottoscritto tra il Contraente e la Compagnia in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Premio: importo che il Contraente versa alla Compagnia per ogni Assicurato, quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto alla prestazione per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti alle prestazioni derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita: questionario che contiene una serie di domande relative allo stato di salute e alle attività sportive svolte dall'Assicurato, sulla base delle quali è determinato il premio da corrispondere. **È molto importante che le risposte siano sempre veritiere ed esaustive; eventuali inesattezze potrebbero far perdere al Beneficiario il diritto al pagamento delle somme assicurate.**

Questionario sportivo: questionario che contiene una serie di domande relative alle attività sportive svolte dall'Assicurato, sulla base delle quali è determinato il premio da corrispondere. **È molto importante che le risposte siano sempre veritiere ed esaustive; eventuali inesattezze potrebbero far perdere al Beneficiario il diritto al pagamento delle somme assicurate.**

Recesso: la possibilità del Contraente di recedere dal contratto entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione e di ottenere il rimborso del premio versato.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riattivare le garanzie assicurative, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Sinistro: verificarsi dell'evento relativo al rischio assicurato, oggetto della Polizza (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.