INTESA SANPAOLO INSURANCE AGENCY

Polizza Collettiva TCM CCNL Dirigenti Industria

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

Condizioni di assicurazione Edizione Luglio 2024 redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Assicurazioni Consumatori - Associazioni intermediari

Prodotto emesso da

FIDEURAM VITA

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)	"	2
Sezione seconda: Gli obblighi derivanti dal contratto		**"**	**4**
Art. 4	La modalità di ingresso in assicurazione	"	4
Art. 5	Le dichiarazioni inesatte e reticenti	"	5
Art. 6	La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione	"	5
Art. 7	Denuncia e accertamento dell'invalidità	"	6
Art. 8	I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta	"	6
Art. 9	Termini di prescrizione del contratto	"	7
Sezione terza: Il premio		**"**	**8**
Art. 10	I premio e la modalità di pagamento	"	8
Sezione quarta: Gli aspetti contrattuali		**"**	**8**
Art. 11	La decorrenza e la durata del contratto e delle coperture assicurative	"	8
Art. 12	La sospensione e la riattivazione delle coperture assicurative	"	9
Art. 13	La Revoca della proposta di assicurazione e il diritto di recesso dal contratto	"	9
Art. 14	Il riscatto, la riduzione, il prestito	"	10
Art. 15	La cessione, il pegno e il vincolo	"	10
Art. 16	La designazione del Beneficiario	"	10
Sezione quinta: Le altre caratteristiche del contratto		**"**	**10**
Art. 17	La legge applicabile al contratto	"	10
Art. 18	Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	"	10
Art. 19	Arbitrato in caso di controversie	"	10
Art. 20	La non pignorabilità e la non sequestrabilità	"	11
Art. 21	Le tasse e le imposte	"	11

GLOSSARIO

POLIZZA COLLETTIVA TCM CCNL DIRIGENTI INDUSTRIA

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 (CODICE PRODOTTO 42)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La **"Polizza Collettiva TCM CCNL Dirigenti Industria"** (codice prodotto 42 – codice tariffa 294 per la copertura caso morte e codice tariffa ITP02 per la copertura invalidità totale e permanente), nel seguito la "Polizza Collettiva" o il "contratto", è una assicurazione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale ad adesione obbligatoria rivolta alle Imprese, con sede legale in Italia, nell'interesse dei propri i Dirigenti, (nel seguito l'"Assicurato" o gli "Assicurati") ai quali si applica il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Industria.

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

La Polizza Collettiva copre il rischio di decesso e il rischio di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale (come definita al successivo paragrafo 1.1) degli Assicurati indicati nella Polizza Collettiva, **fatte salve le limitazioni previste dal successivo art. 3.**

La Compagnia, in caso di decesso o in caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale di uno degli Assicurati, rispettivamente avvenuto o 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 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 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.
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.

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 non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

1.1. Definizione di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale

Si intende colpito da invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale l'Assicurato che, per cause diverse da quella dell'infortunio comunque determinato e da malattia professionale indipendenti dalla sua volontà e oggettivamente accertabili, abbia ridotto in modo totale e permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché tale evento abbia comportato, quale conseguenza diretta ed esclusiva dello stato di invalidità, la risoluzione del rapporto di lavoro.

ART. 2 – LE PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche, domiciliate in Italia, coincidenti con il personale Dirigente di ciascuna Impresa Contraente, a cui si applica il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Industria e 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 è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto specificato ai successivi articoli 3.1 e 3.2.
Il rischio di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale è coperto senza limiti territoriali fatto salvo quanto specificato al successivo articolo 3.1.

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

3.1 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.

È **escluso in caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale** dell'Assicurato 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 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.

3.2 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.

Non sono previsti periodi di carenza sulla garanzia invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale.

3.3 Evento che colpisca più Assicurati

Per ciascuna Polizza Collettiva, in caso di decesso che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento, la garanzia assicurativa è operante fino ad un importo complessivo pari a:

- Euro 2.000.000, nel caso in cui il numero di Assicurati della Polizza Collettiva sia pari o inferiore a 50,
- Euro 5.000.000, nel caso in cui il numero di Assicurati della Polizza Collettiva sia superiore a 50.

Tali importi saranno suddivisi in relazione al numero di Assicurati colpiti da decesso e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati (questo comporta che la somma assicurata individuale risulterà ridotta proporzionalmente rispetto al massimale sopra indicato relativo all'evento che colpisca più Assicurati).

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), la comunicazione di avvenuto decesso o invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale, la modifica del capitale assicurato oltre alle informazioni relative a nuovi Dirigenti da inserire in polizza.

L'ingresso in assicurazione è subordinato alla valutazione del rischio da parte della Compagnia.
A tal fine il Contraente è tenuto ad effettuare una dichiarazione, 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.

Per gli Assicurati di cui al punto a) e b) precedente sarà necessaria una valutazione individuale del rischio basata su un questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita predisposto e messo a disposizione dalla Compagnia.

In base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui Trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario sanitario o del rapporto di visita medica ove previsto, si sia già concluso senza episodi di recidiva, da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia era insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 96 del 24 aprile 2024 e riportate nella tabella seguente.

TIPI DI TUMORE	**SPECIFICAZIONI**	**ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO**
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1

Tiroide	• Donne con diagnosi < 55 anni • Uomini con diagnosi < 45 anni • Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie acute (linfoblastiche e mieloidi)	Qualsiasi età	5

Il questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita una volta compilato e debitamente firmato dall'Assicurato, dovrà essere inviato 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 determina l'eventuale sovrappremio da corrispondere per l'attivazione della copertura assicurativa.
Nel caso in cui la Compagnia, ritenesse necessario richiedere ai fini dell'accertamento del rischio un Rapporto di visita medica ed eventuali accertamenti sanitari, 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 – 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. 7 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

Qualora si verifichi l'invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale dell'Assicurato come definita al precedente art. 1.1, 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. 8, entro 120 giorni dal riconoscimento dell'invalidità da parte dell'Ente di Previdenza (INPS), 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 (INPS).
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. 8, 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 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. 8 - 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.

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.

In caso di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale 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 territorialmente competente, contenente le informazioni che hanno portato al riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità (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 alla pensione di inabilità o all'assegno ordinario di invalidità permanente dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato. 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 tasso in vigore, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

ART. 9– 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 stesso si fonda.
In caso di mancato invio, entro il suddetto termine, di richieste di liquidazione da parte degli aventi diritto ovvero 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. 10 – 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:

- l'età raggiunta dall'Assicurato alla data di ingresso in assicurazione;
- l'importo del capitale assicurato;
- 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.

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. Ai tassi di premio relativi alla sola garanzia caso morte viene applicato uno sconto del 5%.

Costi gravanti sul premio

Per entrambe le garanzie caso morte e invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale sui premi gravano dei costi di ingresso (caricamenti) su base annua, come di seguito indicato:

- Premi di prima sottoscrizione per ciascun Assicurato: 23%
- Premi di rinnovo per ciascun Assicurato: 23%

SEZIONE QUARTA
GLI ASPETTI CONTRATTUALI

ART. 11 – 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 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. 12 – 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 sospese 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 sospese** con l'obbligo di versare i premi non corrisposti. 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, la copertura assicurativa riprende a decorrere, per l'intero suo valore, alle ore 24:00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

ART. 13 – LA REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE E IL DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La Revoca

Il Contraente, ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 209/2005), ha il diritto di **revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto** (ovvero della firma della polizza collettiva da parte della Compagnia e del Contraente) 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,

oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo:

fideuramvita@pec.fideuramvita.it.

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. oppure dalla data di ricezione della PEC da parte della Compagnia.

Il Recesso

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

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

oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo:

fideuramvita@ pec.fideuramvita.it

La comunicazione deve contenere gli elementi identificativi del contratto. Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata quale risulta dal timbro postale di invio oppure dalla data di ricezione della PEC da parte della Compagnia.

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 la polizza ha avuto effetto.

ART. 14 – IL RISCATTO, LA RIDUZIONE, IL PRESTITO

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

ART. 15 – 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. 16 – LA DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO

In caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia extraprofessionale 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. 17 – 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. 18 – 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.

L'indirizzo di posta elettronica della Compagnia è *fideuramvita@pec.fideuramvita.it.*

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

ART. 19 – 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.

ART. 20 – 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 e decisioni giudiziali sull'applicabilità della norma.

ART. 21 – 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.

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 sospensione 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 norme e 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 ed esercita i diritti contrattuali.

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.

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita): documento che contiene le principali informazioni per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri contratti assicurativi aventi caratteristiche analoghe.

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita): documento che fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto alle informazioni contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo.

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

Età dell'Assicurato: con riferimento al presente contratto, per età deve intendersi "età assicurativa" ossia la 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.

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: è l'autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con la legge n. 135/2012, a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'IVASS è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Modulo di proposta (o proposta di assicurazione): modulo sottoscritto dal Contraente con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Malattia professionale: si intende la patologia che il lavoratore contrae a causa del lavoro svolto.

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, finalizzate alla valutazione del rischio, relative allo stato di salute, alle abitudini di vita 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.**

Rapporto di visita medica: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, redatto dal medico (di base o specialista) scelto dall'Assicurato, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi da assumere con il contratto di assicurazione.

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

Revoca della proposta: possibilità, legislativamente prevista (salvo il caso di proposta-polizza), di interrompere il completamento del contratto di assicurazione prima che la Compagnia comunichi la sua accettazione che determina l'acquisizione del diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato (escluse le spese per l'emissione del contratto se previste e quantificate nella proposta).

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.

Trattamento attivo: qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologica come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.