

Assicurazione temporanea caso morte a capitale e premio annuo costante



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

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

Prodotto: "Fideuram Vita Serena"

Data aggiornamento: 31/07/2023

Il DIP VITA pubblicato è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costante con garanzie complementari facoltative "Fideuram Vita Serena" garantisce il pagamento del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

È assicurabile la persona fisica che alla decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni e che alla scadenza del contratto abbia un'età non superiore a 75 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

Garanzia Base: in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto prima della scadenza contrattuale, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il capitale assicurato.

Garanzie Complementari: il Contraente, in aggiunta alla Garanzia Base, può attivare la Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio (cosiddetta Garanzia MI) e/o la Garanzia Complementare insorgenza malattia grave (cosiddetta Garanzia IMG) in forma anticipativa della prestazione prevista per la Garanzia Base.

Le due Garanzie Complementari possono essere attivate solo alla sottoscrizione del contratto, singolarmente o cumulativamente.



Che cosa NON è assicurato?

La copertura della Garanzia Base è operante qualunque possa essere la causa del decesso salvo quanto specificato:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari. L'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione, comporta, dopo 14 giorni, l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa
- ✗ incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aereo non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio
- ✗ 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
- ✗ 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.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzia Base

! È previsto un periodo di sospensione della copertura assicurativa di 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto durante il quale, in caso di decesso dell'Assicurato, la copertura assicurativa non è operante (c.d. periodo di carenza). Tale periodo è esteso a 2 anni dalla decorrenza del contratto in caso di morte dell'Assicurato per suicidio (o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione) e a 7 anni dalla decorrenza del contratto in caso di morte dell'Assicurato a seguito di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Nel periodo di carenza, salvo specifiche esclusioni, è corrisposto il totale dei premi versati al netto delle imposte.

- Il periodo di carenza non opera in caso di decesso dell'Assicurato per:
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - shock anafilattico ed infortunio avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.



Dove vale la copertura?

- ✓ Il contratto non prevede limiti di copertura territoriale.



Che obblighi ho?

L'Assicurato che ha richiesto la Garanzia Complementare morte per infortunio e/o la Garanzia Complementare insorgenza malattia grave, è tenuto a comunicare per iscritto all'Impresa ogni cambiamento dell'attività esercitata (di tipo professionale e sportivo) avvenuto in corso di contratto. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

In caso di decesso dell'Assicurato o di denuncia di sinistro riferita ad una delle malattie gravi coperte dalla Garanzia Complementare insorgenza malattia grave, i Beneficiari e/o il Contraente devono presentare relativa comunicazione contenente la richiesta di pagamento firmata dagli stessi, anche disgiuntamente fra loro, completa della documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. In particolare i documenti da produrre sono i seguenti:

- richiesta di liquidazione del capitale firmata da ciascun Beneficiario con l'indicazione del proprio domicilio;
- 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;
- copia delle cartelle cliniche relative a tutti i ricoveri che l'Assicurato ha subito;
- in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad eventi accidentali, verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- se l'Assicurato non ha lasciato testamento: dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e indicante i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- se l'Assicurato ha lasciato testamento: copia autentica del testamento o verbale di pubblicazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che tale testamento è l'ultimo valido e non impugnato e indicante i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- nel caso vi siano Beneficiari minori e/o incapaci: decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la potestà od il tutore/curatore/amministratore di sostegno alla riscossione della somma spettante ai minori e/o agli incapaci, (ovvero interdetti/inabilitati/soggetti ad amministrazione di sostegno) ed esoneri l'Impresa da ogni responsabilità circa il reimpiego di tale somma;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- in presenza di categorie particolari di dati personali relativi ai Beneficiari (quali ad esempio dati idonei a rilevare lo stato di salute o relativi a incapacità o infermità fisiche e/o psichiche connesse a stati giuridici come l'interdizione, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno) sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante dello specifico modulo di consenso al trattamento dei dati;
- modulo per l'Identificazione e Adeguata Verifica del Beneficiario per ciascuno dei Beneficiari (ex D.Lgs. 231/2007), firmato da un incaricato dell'Intermediario abilitato (tra cui il Consulente finanziario). Qualora sia richiesto l'accredito su un conto corrente presso una Banca diversa da Fideuram S.p.A., ciascun Beneficiario può rivolgersi alla propria banca e, come previsto dall'Art. 27 del D.lgs. 231/07, inviare l'"attestazione di adeguata verifica" della banca. In tal caso l'attestazione deve essere obbligatoriamente inviata all'Impresa direttamente dalla banca mediante raccomandata A/R o PEC;
- modulo Autocertificazione FATCA/CRS, ai sensi della Legge n. 95 del 18.06.2015, per ciascuno dei Beneficiari;
- nel caso in cui il Beneficiario della prestazione sia una persona giuridica: documentazione attestante la qualifica di Legale Rappresentante, nonché relativa documentazione della persona giuridica (es. atto costitutivo, statuto).



Quando e come devo pagare?

A fronte dell'accettazione del rischio da parte dell'Impresa il Contraente si impegna a pagare un premio annuo costante per tutta la durata dell'assicurazione. L'importo del premio dipende dalle garanzie prestate, dall'importo del capitale assicurato, dalla durata dell'assicurazione, dall'età dell'Assicurato, dall'eventuale aggravamento del rischio valutato dall'Impresa in funzione della documentazione sanitaria e delle dichiarazioni dell'Assicurato sulle attività professionali e sportive svolte.

Il premio annuo può essere corrisposto anche con frazionamento mensile, in tal caso il premio annuo verrà maggiorato dei diritti di frazionamento pari al 2%.

Il premio da versare alla sottoscrizione del contratto può essere corrisposto mediante addebito su conto corrente dell'Impresa, bonifico, assegno bancario o circolare; le rate di premio successive alla prima annualità possono essere corrisposte esclusivamente mediante SDD (SEPA Direct Debit) su conto corrente bancario intestato al Contraente.

Trascorsi tre mesi dalla prima rata di premio non corrisposta il contratto viene rescisso; in tal caso i premi pagati restano all'Impresa e l'assicurazione decade.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui l'Impresa ha acquisito la valuta del mezzo di pagamento utilizzato per corrispondere il premio e l'eventuale sovrappremio indicato nella proposta di assicurazione.

Nel caso di utilizzo di più mezzi di pagamento, la data di conclusione del contratto coincide con l'ultima data di valuta dei mezzi di pagamento utilizzati.

Di seguito viene riportato l'elenco dei mezzi di pagamento consentiti per la corresponsione del premio con le rispettive date di valuta:

Mezzi di pagamento	Data di valuta
Assegno bancario emesso dal Contraente a favore di Fideuram Vita S.p.A. con clausola di non trasferibilità	Terzo giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento del titolo presso Fideuram Vita S.p.A.
Assegni circolari girati dal Contraente a favore di Fideuram Vita S.p.A. con clausola di non trasferibilità	Terzo giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento del titolo presso Fideuram Vita S.p.A.
Addebiti su c/c presso Fideuram S.p.A. a favore di Fideuram Vita S.p.A.	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A.
Bonifici da conti correnti bancari a favore di Fideuram Vita S.p.A.	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A. ovvero, se successiva, quella indicata al Contraente nella disposizione di bonifico

L'entrata in vigore dell'assicurazione inizia dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto e coincide con la decorrenza dello stesso.

La durata del contratto può essere scelta dal Contraente tra un minimo di 5 anni e un massimo di 25 anni. Decorso tale periodo l'assicurazione si estingue ed i premi restano acquisiti all'Impresa.

La Garanzia Complementare Morte per Infortunio MI si estingue alla scadenza del contratto o, se antecedente, alla ricorrenza annuale di contratto successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

La Garanzia Complementare Insorgenza Malattia Grave IMG si estingue al verificarsi del primo dei seguenti casi:

- accertamento dell'insorgenza di una tra le malattie gravi assicurate dalla suddetta garanzia;
- raggiungimento della scadenza del contratto;
- ricorrenza annuale di polizza in cui l'età dell'Assicurato, determinata con i criteri indicati all'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è pari a 70 anni.



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

Il Contraente ha diritto di:

- **revocare** la proposta di assicurazione fino alla data di conclusione del contratto dandone comunicazione scritta all'Impresa mediante lettera raccomandata A.R. oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo: fideuramvita@pec.fideuramvita.it
- **recedere** dal contratto entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto conferma della conclusione dello stesso dandone comunicazione scritta all'Impresa mediante lettera raccomandata A.R. oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo: fideuramvita@pec.fideuramvita.it
- **risolvere** il contratto sospendendo il pagamento dei premi. Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il contratto verrà rescisso. In caso di risoluzione dell'assicurazione i premi pagati restano all'Impresa e l'assicurazione decade.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

VALORI DI RISCOFFO E RIDUZIONI	Il contratto non prevede valore di riscatto né riduzione.
RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO	Entro dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente può richiedere la riattivazione del contratto. In caso di accettazione del rischio da parte dell'Impresa, il Contraente è tenuto al pagamento di tutte le rate di premio arretrate, rettificata, se del caso, per tenere conto dell'eventuale aggravamento del rischio valutato dall'Impresa in funzione della documentazione sanitaria e delle dichiarazioni dell'Assicurato sulle attività professionali e sportive. Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione è risolta e non può più essere riattivata.