Assicurazione temporanea caso morte o caso morte e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, in forma collettiva, ad adesione obbligatoria per Dirigenti di Impresa

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia che realizza il prodotto: Fideuram Vita

FIDEURAM VITA

Prodotto: "*TCM o TCM e ITP Dirigenti - Polizza collettiva per le Aziende*"

Data di realizzazione: 24/07/2025

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

Che tipo di assicurazione è?

È una assicurazione temporanea caso morte (tariffa 262) o caso morte e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241), ad adesione obbligatoria, rivolta alle Imprese con sede legale in Italia, nell'interesse dei propri Dirigenti (nel seguito l'"Assicurato" o gli "Assicurati"), in base alle regole definite dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (nel seguito solo "CCNL") e/o dalla Regolamentazione aziendale applicabile al proprio personale.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

a) Prestazione in caso di decesso (tariffa 262)
In caso di decesso di un Assicurato durante il periodo di copertura, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario il capitale assicurato relativo alla singola posizione.

b) Prestazione in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)
In caso di decesso di un Assicurato durante il periodo di copertura, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario il capitale assicurato relativo alla singola posizione.
In caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio di uno degli Assicurati verificatasi durante il periodo di copertura e purché sia stata accertata, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario il capitale assicurato relativo alla singola posizione. 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. Qualora, a seguito di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, non vi sia la risoluzione del rapporto di lavoro, la prestazione viene erogata fino al massimo importo di 400.000 euro. L'eventuale eccedenza tra quanto erogato ed il capitale assicurato viene liquidata solo alla data di risoluzione del rapporto di lavoro determinata dall'invalidità totale e permanente da malattia e infortunio qualora questa avvenga nel corso della copertura assicurativa. Si intende colpito da invalidità totale e permanente da malattia o infortunio l'Assicurato che indipendentemente dalla sua volontà e oggettivamente accertabili, abbia ridotto in modo permanente a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini. 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.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche coincidenti con il personale Dirigente di ciascuna Impresa Contraente non domiciliato in Italia, e che, al momento dell'ingresso in assicurazione e alle date di ciascun rinnovo annuale delle coperture assicurative, non siano in servizio e non abbiano un'età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni estremi inclusi.
Il rischio di morte ed il rischio di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito specificato:

- dolo del Beneficiario o di coloro che hanno interesse alla prestazione di polizza;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi,
- 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;

- eventi accaduti in uno dei paesi indicati a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- 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. É, tuttavia, inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- pratica di sport aerei, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalate di rocce od accesso a ghiacciai, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, rugby, football americano.

In caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato è 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.

In caso di sinistro (decesso e/o invalidità totale e permanente), determinato da una delle cause di esclusione, la Compagnia non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto il decesso o l'invalidità totale e permanente sono state determinate da uno degli eventi esclusi dalla copertura assicurativa.

Ci sono limiti di copertura?

! Qualora, a seguito di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, non vi sia la risoluzione del rapporto di lavoro, la prestazione viene erogata fino al massimo importo di 400.000 euro. L'eventuale eccedenza tra quanto erogato ed il capitale assicurato viene liquidata solo alla data di risoluzione del rapporto di lavoro determinata dall'invalidità totale e permanente da malattia e infortunio qualora questa avvenga nel corso della copertura assicurativa.

! **CARENZA**: La garanzia caso morte non opera in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a suicidio nei primi 12 mesi (cosiddetto periodo di carenza). In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di carenza la Compagnia corrisponde al Beneficiario il premio pagato per l'anno di copertura assicurativa in cui si è verificato il decesso, al netto di eventuali imposte. Non sono previsti periodi di carenza sulla copertura invalidità totale e permanente da malattia o infortunio.

! **SOSPENSIONE**: il mancato pagamento di un solo premio comporta la sospensione del contratto. Durante la sospensione le garanzie non sono attive e in caso di sinistro (decesso e/o invalidità totale e permanente) non è prevista alcuna prestazione.

Dove vale la copertura?

✓ Il contratto non prevede limiti di copertura territoriale.

Che obblighi ho?

Il Contraente e gli Assicurati devono fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, per non compromettere il diritto alla prestazione assicurata. Il Contraente fornisce, inoltre, ogni variazione relativa ai già Assicurati intervenuta in corso di contratto, comunica il decesso o l'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, la variazione della copertura oltre alle informazioni relative al nuovo personale Dirigente da inserire in assicurazione.
Qualora si verifichi l'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Compagnia, tramite PEC all'indirizzo fideuramvita@pec.fideuramvita.it o mediante raccomandata A/R all'indirizzo della Compagnia **Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia** entro 120 giorni dal riconoscimento dell'invalidità da parte dell'Ente di Previdenza (INPS), purché lo stesso sia stato ottenuto durante la copertura oppure dalla cessazione del rapporto di lavoro conseguente all'insorgenza dell'invalidità permanente in data antecedente al riconoscimento da parte dell'Ente di Previdenza (INPS).
Per il pagamento della prestazione prevista 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.
Nel caso sia scelta la tariffa 241, per il pagamento della prestazione prevista 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 dall'Assicurato; • consenso al trattamento dei dati personali firmato dall'Assicurato o fornito dalla Compagnia al momento della richiesta di liquidazione; • 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 • 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 o della pensione di inabilità; • documentazione attestante la qualifica e i relativi poteri del Legale Rappresentante dell'Assicurato; • fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante del Beneficiario; • dichiarazione del datore di lavoro che riporti la data di inizio e la data di fine del rapporto di lavoro.

Quando e come devo pagare?

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 da pagare nell'anno di copertura assicurativa per ciascun Assicurato dipende: dall'età dell'Assicurato, dal sesso dell'Assicurato, dall'importo del capitale assicurato e dalla tariffa selezionata, dall'eventuale aggravamento del rischio valutato dalla Compagnia in funzione della dichiarazione del datore di lavoro (Fit at Work) 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, di prima emissione o di rinnovo, da corrispondere è comunicato annualmente dalla Compagnia al Contraente sulla base dell'elenco degli Assicurati e delle informazioni, fornite dal Contraente, necessarie per il calcolo del premio. Il Contraente deve corrispondere all'Intermediario il premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione contenente l'elenco degli Assicurati e attestante il relativo premio annuo dovuto. I pagamenti devono essere effettuati a mezzo bonifico bancario. 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, nel caso sia scelta la tariffa 241, di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio degli Assicurati per la quale il premio non è stato corrisposto, non è dovuta.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata della Polizza Collettiva è annuale, rinnovabile automaticamente di anno in anno. 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 del premio dovuto.
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 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

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

Il Contraente, dandone comunicazione scritta alla Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo: fideuramvita@pec.fideuramvita.it, ha il diritto di:

- **revocare** la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto;
- **recedere** dal contratto entro 30 giorni dalla data in cui il Contraente ha ricevuto conferma della conclusione dello stesso;
- **risolvere** la Polizza Collettiva, a cui il contratto si riferisce, richiedendo la disdetta, almeno 30 giorni prima della scadenza della Polizza Collettiva.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

VALORI DI RISCATTO E RIDUZIONI	Il contratto non prevede valore di riscatto né riduzione.
RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO	Entro e non oltre i 3 mesi successivi dalla sospensione della copertura il Contraente può 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.