TCM o TCM e ITP Dirigenti
Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali

Assicurazione temporanea caso morte o temporanea caso morte e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in forma collettiva per assicurare i piani assistenziali ai Dirigenti di Impresa

Il prodotto viene distribuito da Intesa Sanpaolo Insurance Agency

Condizioni di assicurazione Edizione Aprile 2026 redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo Tecnico ANIA - Assicurazioni Consumatori - Associazioni intermediari anno 2018

Prodotto emesso da

FIDEURAM VITA

Fideuram Vita è una società del gruppo INTESA SANPAOLO

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Sezione prima: La prestazione assicurata	**Pag.**	**2**
Art. 1 L'oggetto della copertura assicurativa	"	**2**
Art. 2 Le persone assicurabili	"	**3**
Art. 3 Le limitazioni alla copertura assicurativa (esclusioni e periodo di carenza)	"	**4**
Sezione seconda: Gli obblighi derivanti dal contratto	"	**6**
Art. 4 La modalità di ingresso in assicurazione e gestione delle variazioni	"	**6**
Art. 5 Forma delle comunicazioni	"	**7**
Art. 6 Le dichiarazioni inesatte e reticenti	"	**8**
Art. 7 La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione	"	**8**
Art. 8 Denuncia di decesso e accertamento dell'invalidità	"	**8**
Art. 9 I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta	"	**9**
Art. 10 Termini di prescrizione del contratto	"	**10**
Sezione terza: Il premio	"	**11**
Art. 11 Il premio e la modalità di pagamento	"	**11**
Sezione quarta: Gli aspetti contrattuali	"	**12**
Art. 12 La decorrenza e la durata del contratto e delle coperture assicurative	"	**12**
Art. 13 La sospensione e la riattivazione delle coperture assicurative	"	**12**
Art. 14 Il diritto di recesso dal contratto	"	**12**
Art. 15 Il riscatto, la riduzione, il prestito	"	**13**
Art. 16 Il pegno e il vincolo	"	**13**
Art. 17 La designazione del Beneficiario	"	**13**
Sezione quinta: Le altre caratteristiche del contratto	"	**14**
Art. 18 La legge applicabile al contratto	"	**14**
Art. 19 Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	"	**15**
Art. 20 Arbitrato in caso di controversie	"	**15**
Art. 21 Reclami	"	**15**
Art. 22 La non pignorabilità e la non sequestrabilità	"	**16**
Art. 23 Le tasse e le imposte	"	**16**
Allegato 1 – Valutazione del rischio	"	**17**
GLOSSARIO	"	**20**

TCM o TCM e ITP Dirigenti Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali

Assicurazione temporanea caso morte o temporanea caso morte e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in forma collettiva per assicurare i piani assistenziali ai Dirigenti di Impresa

(CODICE PRODOTTO 51)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La **"TCM o TCM e ITP Dirigenti - Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali"** (codice prodotto 51 – codice tariffa 262 per la copertura caso morte e codice tariffa 241 per la copertura caso morte e invalidità totale e permanente) è una assicurazione temporanea caso morte o caso morte e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio rivolta agli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successiva modificazione aventi sede legale in Italia e che siano iscritti all'Anagrafe dei Fondi sanitari, per soddisfare – in base a quanto previsto dal proprio Regolamento/Statuto - le esigenze assicurative delle Associate statuite dai vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, Contratti Integrativi aziendali, Regolamenti aziendali applicabili al personale dirigente delle Associate.

Le coperture previste dalla polizza collettiva garantiscono, alternativamente tra di loro:

- in caso di decesso di un dirigente (Assicurato), l'erogazione del capitale assicurato ai Beneficiari caso morte indicati nella successiva sezione "Soggetti del contratto" (tar 262), oppure;
- in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio di un dirigente (Assicurato) l'erogazione del capitale assicurato a favore del Beneficiario designato (i Beneficiari caso morte sono indicati nella successiva sezione "Soggetti del contratto", il Beneficiario in caso di invalidità totale e permanente è l'Assicurato stesso) (tar 241).

Le presenti Condizioni di Assicurazione si applicano ad ogni Polizza Collettiva nel seguito anche il "contratto", sottoscritta tra la singola Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua) (nel seguito il "Contraente") per conto dell'Impresa a lei associata e Fideuram Vita S.p.A. (nel seguito la "Compagnia").

Il prodotto prevede il pagamento di un capitale assicurato a favore del Beneficiario, in caso di **sinistro** verificatosi entro la scadenza del periodo di copertura.

SEZIONE PRIMA
LA PRESTAZIONE ASSICURATA

ART. 1 – L'OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

1.1 Prestazione in caso di decesso (tariffa 262)

L'assicurazione copre il rischio di decesso degli Assicurati indicati nella Polizza Collettiva, **fatte salve le limitazioni previste dal successivo ART. 3.**

In caso di decesso avvenuto durante il periodo di copertura dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà al Beneficiario il relativo capitale assicurato.

Sono previsti diversi importi di capitale assicurato per ciascun Assicurato in funzione di quanto previsto dal CCNL e/o dal Contratto integrativo e/o dalla Regolamentazione Aziendale dell'Impresa associata con un massimo di 2.500.000 euro per testa assicurata.

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

La Compagnia non assume alcuna responsabilità né presta alcuna garanzia circa diritti a prestazioni diverse da quelle dichiarate e garantite in base alle presenti Condizioni di assicurazione. Gli obblighi e responsabilità derivanti dall'applicazione del vigente CCNL e/o del Contratto integrativo e/o della Regolamentazione Aziendale applicabili al personale dirigente dell'Impresa Associata per quanto non previsto dalla Polizza Collettiva restano, quindi, a carico del Contraente.

1.2 Prestazione in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)

L'assicurazione copre il rischio di decesso e di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (come definita al successivo paragrafo 1.2.1) degli Assicurati indicati nella Polizza Collettiva, **fatte salve le limitazioni previste dal successivo ART. 3.**

In caso di decesso o invalidità totale e permanente da malattia o infortunio che ha comportato la risoluzione del rapporto di lavoro rispettivamente avvenuto o verificatasi durante il periodo di copertura dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà al Beneficiario il relativo capitale assicurato.

Sono previsti diversi importi di capitale assicurato per ciascun Assicurato in funzione di quanto previsto dal CCNL e/o dal Contratto integrativo e/o dalla Regolamentazione Aziendale dell'Impresa associata con un massimo di 2.500.000 euro per testa assicurata.

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.

Il capitale assicurato in ciascun periodo di copertura è fissato in egual misura per il caso di morte e per il caso di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio.

In caso di accertamento dell'invalidità totale e permanente la prestazione viene riconosciuta solamente se tale invalidità determina la risoluzione del rapporto di lavoro in corso.

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.
I 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 o infortunio, determina la cessazione di entrambe le coperture assicurative (caso morte ed invalidità totale e permanente da malattia o infortunio) 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 o un infortunio 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.

La Compagnia non assume alcuna responsabilità né presta alcuna garanzia circa diritti a prestazioni diverse da quelle dichiarate e garantite in base alle presenti Condizioni di assicurazione. Gli obblighi e responsabilità derivanti dall'applicazione del vigente CCNL e/o del Contratto integrativo e/o della Regolamentazione Aziendale applicabili al personale dirigente dell'Impresa associata per quanto non previsto dalla Polizza Collettiva restano, quindi, a carico del Contraente.

1.2.1 Definizione di invalidità totale e permanente

Si 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. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica e riconosciuta ed accettata dall'ente previdenziale di appartenenza (INPS o INAIL) nel periodo di copertura.
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).
Per i soli Assicurati già in copertura fino alla data di decorrenza della Polizza Collettiva (anche con altra Compagnia) sul medesimo rischio previsto dalla Polizza Collettiva, viene garantita la continuità di copertura con inclusione in assicurazione anche di coloro che hanno presentato domanda di accertamento di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in epoca antecedente alla decorrenza della Polizza Collettiva, a patto che tale domanda non sia ancora stata accettata dall'ente previdenziale di appartenenza (INPS o INAIL) e che il capitale assicurato sia invariato.

ART. 2 – LE PERSONE ASSICURABILI

Si intende assicurata l'intera popolazione assicurabile del personale dirigente in servizio al momento della stipula nonché quelli di futura assunzione dell'Impresa associata alla Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua).
Sono assicurabili le persone fisiche, domiciliate in Italia, 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 75 anni estremi inclusi.

Per l'ingresso in assicurazione di persone fisiche con età assicurativa compresa tra 71 a 75 anni estremi inclusi, il rischio deve essere sottoposto alla valutazione della Compagnia. Solo in caso di esito positivo delle valutazioni il rischio potrà essere assunto.

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)

3.1 Limitazioni

3.1.1 Limitazioni alla copertura in caso di decesso (tariffa 262)

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto specificato al successivo paragrafo 3.2.

3.1.2 Limitazioni in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)

Il rischio di morte e il rischio di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto specificato al successivo paragrafo 3.2.

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.

3.2 Le esclusioni

3.2.1 Le esclusioni alla copertura in caso di decesso (tariffa 262)

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

a) dolo del Beneficiario o di coloro che hanno interesse alla prestazione di polizza;
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) 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;
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) 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.

3.2.2 Le esclusioni alla copertura in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)

È **escluso dalla copertura caso morte** il decesso o l'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio causato da:

a) dolo del Beneficiario o di coloro che hanno interesse alla prestazione di polizza;
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) 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;

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) 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 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; tale esclusione **non** si applica agli Assicurati già in copertura fino alla data di decorrenza della Polizza Collettiva (anche con altra Compagnia) sul medesimo rischio previsto dal contratto, a patto che le garanzie e il capitale assicurato siano i medesimi e che la domanda di invalidità sia stata presentata durante la copertura assicurativa.

In caso di sinistro (decesso 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.

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 (lettera f) delle Esclusioni sopra riportate).

3.3. La carenza

3.3.1 Carenza per la copertura in caso di decesso (tariffa 262)

La garanzia assicurativa caso morte non è operante in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a suicidio nei primi **12 mesi** (cosiddetto **periodo di carenza**) dalla decorrenza della Polizza o dal primo ingresso in assicurazione di ciascun Assicurato.

Tale carenza non si applica agli Assicurati già in copertura fino alla data di decorrenza della Polizza Collettiva (anche con altra Compagnia) sul medesimo rischio previsto dalla Polizza Collettiva, a patto che il capitale assicurato sia invariato.

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

3.3.2 Carenza per la copertura in caso di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)

Fatto salvo quanto indicato al precedente paragrafo 3.3.1 relativamente alla garanzia assicurativa caso morte, sulla garanzia invalidità totale e permanente da malattia o infortunio non sono previsti periodi di carenza.

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 Contraente.

3.4 Evento che colpisca più Assicurati

In caso di sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento, la garanzia assicurativa è operante fino ad un importo complessivo indicato nella tabella seguente.

Numero Assicurati totali in copertura	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)

Tali importi saranno suddivisi in relazione al numero di Assicurati colpiti da sinistro 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 E GESTIONE DELLE VARIAZIONI

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, luogo di nascita, provincia di nascita (sigla), codice fiscale, inquadramento professionale, data di assunzione o nomina dalla quale decorre la copertura assicurativa, capitale da assicurare, secondo quanto indicato al precedente ART. 1 in tema di capitale assicurato, dati anagrafici dei Beneficiari della prestazione in caso di morte, in caso di designazione nominativa degli stessi, ed eventuale Referente terzo.

Il Contraente fornisce, con cadenza mensile l'elenco dei nuovi ingressi da inserire in copertura ed ogni variazione relativa agli Assicurati intervenuta in corso di contratto, per nuovo ingresso e/o cessazione della copertura assicurativa (per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento) o variazione del capitale assicurato.

Per il solo mese di dicembre di ogni anno, ogni variazione sopra indicata riferita a tutto il mese di dicembre, dovrà essere fornita entro il 20 di tale mese. La data effetto delle variazioni fornite sarà posta non oltre il 20 dicembre. Eventuali comunicazioni di variazioni pervenute successivamente a tale data, avranno effetto nel mese di gennaio del successivo anno di copertura assicurativa.

Il Contraente è tenuto ad inviare tempestivamente la comunicazione di avvenuto decesso o, nel caso sia scelta la tariffa 241, di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio. La comunicazione in caso di sinistro segue le modalità e le tempistiche indicate nel successivo ART. 8.

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

Per Assicurati con età assicurativa fino a 70 anni, la documentazione da produrre per ciascun Assicurato per la valutazione del rischio da parte della Compagnia è indicata nell'"Allegato 1 - Valutazione del rischio" alle Condizioni di Assicurazione.
La documentazione richiesta dipende dal capitale assicurato e dalla tipologia di rischio (nuovo rischio o

rischio in corso).
Per Assicurati con età assicurativa oltre i 70 anni, qualora la Compagnia accetti di valutare il rischio, la documentazione da produrre verrà definita di volta in volta e sarà richiesta per il tramite dell'Intermediario.

In base al cosiddetto "**diritto all'oblio oncologico**" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 l'assicurato non è tenuto , al momento della stipula del contratto o successivamente, a fornire informazioni, né a sottoporsi a indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari in merito a patologie oncologiche di cui lo stesso 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 più di dieci anni. Tal periodo è ridotto da dieci a cinque anni nel caso in cui la patologia sia 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

A seguito della documentazione prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere, per il tramite del Contraente, il Rapporto di visita medica e/o ulteriori accertamenti sanitari al fine della corretta valutazione del rischio assicurato e, ove necessario, determina l'eventuale sovrappremio da corrispondere per l'attivazione della copertura assicurativa, piuttosto che l'inserimento di limitazioni alla copertura o la non assicurabilità del singolo Assicurato. Tali informazioni saranno indicate dalla Compagnia al Contraente negli elenchi degli Assicurati richiamati all'art. 2.2 della Polizza Collettiva.
Le spese relative al Rapporto di visita medica e/o agli ulteriori accertamenti sanitari richiesti sono interamente a carico del Contraente e/o dell'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.

ART. 5 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente ed Assicurato ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

ART. 6 – 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, nel caso sia scelta la tariffa 241, 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 alla differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se il decesso o, nel caso sia scelta la tariffa 241, 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.

È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

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 sottoscrivono la Polizza Collettiva.
Fatto salvo quanto previsto nella Polizza Collettiva per le richieste del mese di dicembre, 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 il premio dovuto.

Il Contraente, tramite l'Intermediario, deve corrispondere il premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione contenente l'elenco degli Assicurati e attestante il relativo premio annuo dovuto come indicato nel successivo ART. 11. In caso di mancato pagamento del premio la copertura assicurativa si intende sospesa come indicato nel successivo ART. 13.

ART. 8 – DENUNCIA DI DECESSO E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

8.1 Denuncia di decesso per la copertura in caso di decesso (tariffa 262)

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato (come definita al precedente paragrafo 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. 9.

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 del decesso e delle relative cause.

8.2 Denuncia di decesso o di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio (tariffa 241)

Qualora si verifichi il decesso o all'atto di riconoscimento da parte dell'Ente previdenziale di appartenenza dell'invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato (come definita al precedente paragrafo 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.

In caso di invalidità totale e permanente la documentazione di cui all'ART. 9 deve essere trasmessa alla Compagnia 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 (INPS).
La data di efficacia della denuncia decorre dal 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 del decesso o dell'invalidità e delle relative cause. Inoltre, in caso di invalidità totale e permanente, 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 copertura caso morte rimane sospesa fino alla fine dell'accertamento dell'invalidità.

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

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

Il decesso 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 la copertura per lo specifico Assicurato si estingue.

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.

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.

Nel caso sia scelta la tariffa 241, 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 (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 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.);
- 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 dell'Assicurato;
- ove necessario, dichiarazione del datore di lavoro che riporti la data di inizio e la data di fine del rapporto di lavoro.

La Compagnia, ricevuta la documentazione, si riserva di procedere all'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 istruttorie, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione, motivando adeguatamente le ragioni 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 completa 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. 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 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. 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:

- l'età dell'Assicurato raggiunta alla data di ingresso in assicurazione e ad ogni rinnovo annuale;
- il sesso dell'Assicurato;
- l'importo del capitale assicurato e della tariffa selezionata (262 o 241);
- 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 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, tramite l'Intermediario, deve corrispondere il premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione contenente l'elenco degli Assicurati e attestante il relativo premio annuo dovuto. pagamenti devono essere effettuati a mezzo bonifico bancario.

In caso di ingresso in copertura in corso di anno, o di variazione del capitale assicurato in aumento, è dovuto alla Compagnia il rateo di premio dalla data di ingresso o di variazione del capitale assicurato alla data di scadenza della copertura assicurativa che dovrà essere corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione attestante il premio dovuto.

In caso di cessazione della copertura assicurativa per risoluzione del rapporto di lavoro (per cause diverse da quelle oggetto della presente copertura) o pensionamento dell'Assicurato, o di variazione del capitale assicurato in riduzione, la Compagnia restituisce al Contraente, il rateo di premio pagato e non goduto, al netto delle eventuali imposte di legge.

I ratei dei premio pagati e non goduti relativi alle singole posizioni cessate o variate in riduzione, saranno pagati dalla Compagnia entro i 60 giorni successivi al pervenimento dell'eventuale comunicazione mensile da parte del Contraente descritta al precedente ART. 4.

I tassi di premio utilizzati per determinare il premio da pagare per ogni annualità successiva alla prima possono essere modificati, previa comunicazione al Contraente, almeno due mesi prima di ciascuna ricorrenza annuale della Polizza Collettiva.

Costi gravanti sul premio

Sui premi gravano dei costi di ingresso (caricamenti) su base annua, pari al 33%, per ciascun Assicurato, sia per i premi di prima sottoscrizione che i premi di rinnovo.

SEZIONE QUARTA
GLI ASPETTI CONTRATTUALI

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

La decorrenza del contratto è riportata nella Polizza Collettiva.
La durata del contratto è annuale e può essere tacitamente prorogata di anno in anno, salvo diversa volontà espressa dalle Parti, 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 1° 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 ricevimento della documentazione contenente l'elenco degli Assicurati e attestante il relativo premio annuo dovuto.

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.

Entro e non oltre i 3 mesi successivi dalla sospensione della 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.
Superati i 3 mesi senza che sia stato pagato il premio in arretrato la copertura si estingue.

ART. 14 – 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), può **revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto** (ossia 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
Ufficio Presidio Elaborazioni di Portafoglio
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., quale risulta dal timbro postale di invio, 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 il Contraente ha ricevuto la 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
Ufficio Presidio Elaborazioni di Portafoglio
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. 15 – 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. 16 – IL PEGNO E IL VINCOLO

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

ART. 17 – LA DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario è la persona a cui la Compagnia paga le prestazioni previste dal contratto in caso di decesso, nel caso sia scelta la tariffa 262, o, di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio dell'Assicurato avvenuta nel periodo di copertura assicurativa, nel caso sia scelta la tariffa 241.

Il Beneficiario della prestazione assicurativa, in relazione alla garanzia di invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, è l'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato, i Beneficiari della prestazione assicurativa sono indicati dal CCNL e/o dal Contratto integrativo e/o dalla Regolamentazione Aziendale in vigore.
Se non sono indicati, e non sono statti designati nominativamente dall'Assicurato i Beneficiari sono gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali.

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario, compilando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia stessa, oppure tramite dichiarazione rilasciata dall'Assicurato o disposte per testamento; pena l'inefficacia della designazione la comunicazione inviata alla Compagnia deve inequivocabilmente fare specifica menzione del presente contratto ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte della Compagnia, sempreché l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del giorno di ricezione della comunicazione, corredata di tutti gli elementi utili per la corretta identificazione dei nuovi Beneficiari.

In caso di pluralità di Beneficiari, salvo diversa indicazione dell'Assicurato che ne faccia espressa menzione, la Compagnia ripartirà la prestazione assicurata in parti uguali tra loro.

Nel solo caso di designazione nominativa dei Beneficiari, anche al fine di consentire alla Compagnia il corretto adempimento delle norme in materia di antiriciclaggio, l'Assicurato è tenuto a fornire le complete generalità del Beneficiario e in particolare:

- nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, luogo di nascita, recapito e contatti e il legame

tra Beneficiario e Assicurato, se la designazione fa riferimento ad una persona fisica;
- ragione sociale, codice fiscale, indirizzo della sede legale, recapito e contatti e il legame tra Beneficiario e Assicurato, se la designazione fa riferimento ad una persona giuridica.

In caso di designazione nominativa dei Beneficiari, gli Assicurati si impegnano a consegnare agli stessi copia dell'Informativa privacy.

Ai sensi degli artt. 1920 e 1921 del Codice civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce, per effetto della designazione fatta a suo favore dall'Assicurato, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

L'Assicurato, per specifiche esigenze di riservatezza, può indicare i dati e i contatti di un Referente terzo, diverso da uno dei Beneficiari, che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per il pagamento della prestazione assicurata a favore dei Beneficiari, quando non risulti possibile contattare i Beneficiari. È ammesso un solo Referente terzo per contratto.

A tal riguardo l'Assicurato, assumendosene ogni conseguente responsabilità e sollevando la Compagnia da qualsiasi responsabilità che dovesse derivare a seguito del proprio inadempimento, si impegna a:
- conferire specifico incarico al Referente terzo individuato e a impartire allo stesso tutte le istruzioni necessarie per supportare la Compagnia al fine di contattare i Beneficiari;
- informare tempestivamente per iscritto la Compagnia nel caso di revoca dell'incarico oppure nel caso in cui il Referente terzo rinunciasse all'incarico o, comunque, non fosse più in grado, in corso di contratto, di svolgere l'incarico;
- informare tempestivamente per iscritto la Compagnia dei nuovi dati di contatto del Referente terzo qualora dovessero cambiare in corso di contratto.

La designazione del Referente terzo è revocabile e modificabile dall'Assicurato in qualsiasi momento della vita contrattuale.

Nel caso di nomina di un nuovo Referente terzo, dovranno essere forniti i relativi dati e contatti. Il nuovo Referente terzo designato non potrà coincidere con uno dei Beneficiari, se nominativamente designati, pertanto, nel caso in cui il nuovo Referente terzo designato coincida con il Beneficiario, la nuova nomina non sarà ritenuta valida e l'eventuale Referente terzo precedentemente nominato si considererà comunque revocato, senza la necessità per la Compagnia di effettuare alcuna comunicazione.

Le eventuali modifiche e/o revoche del Referente Terzo avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte della Compagnia, sempreché a tale data l'Assicurato sia in vita.

Infine, nel caso in cui, a seguito di modifica del Beneficiario, quest'ultimo dovesse coincidere con il Referente terzo individuato, lo stesso decadrebbe automaticamente dall'incarico per incompatibilità, senza la necessità per la Compagnia di effettuare alcuna comunicazione.

In caso di indicazione del Referente terzo, gli Assicurati si impegnano a consegnare allo stesso copia dell'Informativa privacy.

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 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. 20 – ARBITRATO IN CASO DI CONTROVERSIE

In caso di controversie sullo stato di Invalidità Totale e Permanente, nel caso sia scelta la tariffa 241, 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 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il prodotto o il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a

Legale e Reclami - Fideuram Vita S.p.A.
Via Ennio Quirino Visconti 80 - 00193 Roma - Italia
fax: +39 06.3571.4509
e-mail: servizioreclami@fideuramvita.it

In caso di esito insoddisfacente del reclamo e/o di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni dalla sua ricezione da parte di Fideuram Vita S.p.A. è possibile rivolgersi direttamente all'Autorità di Vigilanza competente in materia, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per questioni inerenti al contratto:

IVASS
Via del Quirinale, 21 00187 Roma
via fax al n.: +39.06.42.133.206
via posta elettronica all'indirizzo: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Per i reclami indirizzati all'IVASS, deve essere utilizzato il modello reperibile anche sul sito www.ivass.it, nella sezione "Per i consumatori/Reclami/Guida per presentare un reclamo".

In caso di mancato accoglimento del reclamo l'esponente prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria potrà ricorrere ai previsti sistemi di risoluzione alternativa delle controversie:

- **per controversie inerenti all'interpretazione ed esecuzione del contratto** è condizione di procedibilità della domanda giudiziale avviare preventivamente un procedimento di mediazione, previsto al D.Lgs. n. 28/2010, finalizzato alla conciliazione anticipata delle controversie civili e

commerciali, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli indicati nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia;

- **per controversie di natura finanziaria fra investitore e intermediario,** relative alla violazione degli obblighi di diligenza, correttezza, informazione e trasparenza previsti nei confronti degli investitori ai sensi del D.Lgs. n. 58/1998 (TUF) è possibile presentare un ricorso all'Arbitro per le Controversie Finanziarie (ACF) istituito presso la Consob ai sensi del D.Lgs. n. 179/2007.

ART. 22 – 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. 23 – LE TASSE E LE IMPOSTE

Eventuali tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o del Beneficiario e degli aventi diritto.
Le somme percepite in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita corrisposte in caso di morte e, nel caso sia scelta la tariffa 241, invalidità totale e permanente dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono altresì esenti dalle imposte sulle successioni (art. 34 ultimo comma del DPR 29 settembre 1973, n. 601). Tali somme non sono soggette all'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter del DPR 29 settembre 1973, n. 600.

ALLEGATO 1

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

Per Assicurati con età assicurativa fino a 70 anni, la documentazione da produrre per ciascun Assicurato per la valutazione del rischio da parte della Compagnia è indicata nelle Tabelle 1 e 2 sotto riportate. Tale documentazione dipende dal capitale assicurato e dalla tipologia di rischio (nuovo rischio o rischio in corso).

Per Assicurati con età assicurativa oltre i 70 anni, qualora la Compagnia accetti di valutare il rischio, la documentazione da produrre verrà definita di volta in volta e sarà richiesta per il tramite dell'Intermediario.

Tabella 1

	Capitale da assicurare per singolo Assicurato (nuovi rischi)				
	Fino a 400.000€	**per importi superiori a 400.000 € fino a 600.000 €**	**per importi superiori a 600.000 € fino a 800.000 €**	**per importi superiori a 800.000 € fino a 1.300.000 €**	**per importi superiori a 1.200.000 € fino a 2.500.000 €**
Documentazione Richiesta	Nessun documento da produrre	Questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita Questionario sportivo (ove necessario)	Rapporto Visita medica Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1)	Rapporto Visita medica 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	Rapporto Visita medica Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1) Esami di Laboratorio (2) Esami di Laboratorio (3) ECG a riposo ECG sotto sforzo Ecocardiografia (incluso esame eco-doppler) Ecotomografia addome completa (inclusi organi uro-genitali)
Esami di laboratorio (1):	Emocromo completo con formula e piastrine, colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, glicemia, esame completo delle urine effettuate in laboratorio e creatininemia				

Esami di laboratorio (2):	Transaminasi (AST e ALT), Gamma GT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, tempo di protrombina, HCV, HbsAg, PSA (solo per gli uomini con età superiore a 50 anni)
Esami di laboratorio (3):	Azotemia, acido urico, Test di funzionalità tiroidee (FT3, FT4, TSH), AFP, h+CEA e CA 19-9, HIV

Tabella 2

	Capitale da assicurare per singolo Assicurato (Per i rischi già in corso, a condizione che il capitale assicurato, o la regola di determinazione dello stesso, le garanzie prestate ed il sovrappremio applicato siano le medesime previste dalla copertura in vigore)		
	Fino a 400.000€	**per importi superiori a 400.000 € fino a 800.000 €**	**importi superiori a 800.000 € fino a 2.500.000 €**
Documentazione Richiesta	Nessun documento da produrre	Dichiarazione Fit at Work	Rapporto Visita medica Questionario sportivo Esami di Laboratorio (1) Esami di Laboratorio (2) Esami di Laboratorio (3) ECG a riposo ECG sotto sforzo Ecocardiografia (incluso esame eco-doppler) Ecotomografia addome completa (inclusi organi uro-genitali)
Esami di laboratorio (1):	Emocromo completo con formula e piastrine, colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, glicemia, esame completo delle urine effettuate in laboratorio e creatininemia		
Esami di laboratorio (2):	Transaminasi (AST e ALT), Gamma GT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, tempo di protrombina, HCV, HbsAg, PSA (solo per gli uomini con età superiore a 50 anni)		
Esami di laboratorio (3):	Azotemia, acido urico, Test di funzionalità tiroidee (FT3, FT4, TSH), AFP, h+CEA e CA 19-9, HIV		

Per dichiarazione Fit aT Work si intende una dichiarazione del 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 4 settimane consecutive negli ultimi 6 mesi;
b) hanno già pagato o per i quali è stato richiesto il pagamento di un sovrappremio, in caso di altre polizze già esistenti e/o in corso di perfezionamento, a copertura del medesimo rischio, con evidenza della relativa incidenza sul premio.

Per i nuovi Assicurati che risultano nuovi dipendenti, il Contraente fornisce le sopra riportate attestazioni sulla base delle informazioni ad esso note alla data di assunzione.
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 prodotta 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.

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 dall'Assicurato alla Compagnia in busta chiusa, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento GDPR *(General Data Protection Regulation),* tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo:

Fideuram Vita S.p.A.
Via Ennio Quirino Visconti, 80
Ufficio Presidio Elaborazioni di Portafoglio
00193 Roma – Italia

o tramite posta elettronica all'indirizzo mail *assunzionicollettive@fideuramvita.it*.

GLOSSARIO

Assicurato: Persona fisica coincidente con il personale dirigente dell'Impresa associata alla Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua)sulla cui vita viene stipulato il contratto.

Associata: Impresa associata alla Cassa, Ente assistenziale/, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua).

Beneficiario: la persona a cui la Compagnia paga le prestazioni previste 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 la Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua) per conto della Società Associata stipula il contratto di assicurazione.

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

Contraente: Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua) che stipula l'assicurazione per conto della Società Associata e che è tenuta al pagamento del premio.

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 sottoscrivono 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.

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 Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: si intende l'età dell'Assicurato determinata trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e considerando anno intero la frazione di anno uguale o superiore a sei mesi.

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.

Intermediario: Intesa Sanpaolo Insurance Agency (ISIA) anche in collaborazione orizzontale con eventuali Broker.

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 che abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in corso. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica e riconosciuta ed accettata dall'ente previdenziale di appartenenza (INPS o INAIL) nel periodo di copertura. 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).

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.

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.

Reclami: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione

e/o di un intermediario assicurativo relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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 Collettiva (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività sportive particolarmente rischiose (sovrappremio sportivo).

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.