

Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

**ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE**

CONVENZIONE

TRA

IL FONDO NAZIONALE PENSIONE A FAVORE DEI LAVORATORI DEL SETTORE DELL'IGIENE AMBIENTALE E DEI SETTORI AFFINI in forma abbreviata PREVIAMBIENTE, con sede in Via Fabio Massimo, 88 - 00192 ROMA, C.F. 97153720582, (di seguito denominato **"CONTRAENTE" o "FONDO"**) nella persona del legale rappresentante Dott. Gianfranco Grandaliano, munito dei necessari poteri per la stipula del presente atto

- da una parte -

e

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A., (di seguito denominata **"UNIPOLSAI" o "Società"**), rappresentata dal Dott. Alberto Boidi, munito dei necessari poteri per la stipula del presente atto

- dall'altra parte -

il FONDO e UNIPOLSAI saranno di seguito definiti collettivamente come le **"Parti"** e ciascuno, singolarmente come una **"Parte"**.

PREMESSO CHE

- a) il FONDO, autorizzato all'esercizio dell'attività ed iscritto all'Albo istituito presso la Commissione di Vigilanza sui Fondi pensione con il n. 88, intende stipulare per i propri Aderenti che risultino essere DIPENDENTI delle Aziende che applicano il CCNL dei Servizi ambientali (di seguito "ISCRITTI"), un'assicurazione collettiva per il caso di morte e invalidità permanente degli stessi;
- b) il FONDO dichiara che gli Assicurandi non decidono di aderire al contratto assicurativo collettivo ma sono in esso inseriti dal FONDO stesso;
- c) la Società, autorizzata all'esercizio dell'attività di assicurazione di cui ai rami vita previsti dall'art. 2, co. 1, del Decreto Legislativo del 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni Private), è disponibile a fornire tale copertura nei limiti e nei termini della presente Convenzione e delle Condizioni di Assicurazione da essa richiamate;

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it



Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

d) il Consiglio di Amministrazione del FONDO ha provveduto:

- alla selezione di un soggetto a cui affidare la copertura dei rischi di premorienza ed invalidità permanente ai sensi dell'articolo 6, comma 5 del d.lgs. n. 252/2005 e successive modificazioni ed integrazioni, mediante invito a offrire;
- alla deliberazione nella seduta del 21/10/2022, dopo la necessaria valutazione e comparazione delle offerte concorrenti dei partecipanti al procedimento di selezione, di sottoscrivere con UNIPOLSAI la convenzione per l'erogazione delle coperture accessorie.

Tutto ciò premesso, tra le Parti, come innanzi rappresentate, si stipula la seguente

CONVENZIONE N. 5500098

Art. 1 - Premesse e Allegati

1.1. Le Premesse e gli Allegati formano parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

1.2. Gli Allegati sono:

- Allegato n. 1: Premio medio calcolato in base alla Tariffa 8MIGG;
- Allegato n. 2: Modifica alle Condizioni di Assicurazione;
- Allegato n. 3: Condizioni di Assicurazione della Tariffa 8MIGG "Assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente per collettività di lavoratori dipendenti"

Art. 2 - Oggetto

2.1. Con la presente Convenzione:

- la Società si impegna a stipulare un'assicurazione collettiva di gruppo per il caso di morte e invalidità permanente – come definita al punto 2.2 - Definizione di Invalidità - dell'ART. 2 delle Condizioni di Assicurazione di cui all'Allegato 3, come modificata al primo punto dell'Allegato 2 – per gli ISCRITTI del FONDO che risultino essere DIPENDENTI delle Aziende che applicano il CCNL dei Servizi ambientali;
- il FONDO si impegna ad inserire nella garanzia assicurativa tutti i propri ISCRITTI per cui sussiste l'obbligo previsto dal CCNL dei Servizi ambientali.

2.2. Tale assicurazione collettiva di gruppo pertanto presuppone:

- un unico contraente ed un unico contratto di Assicurazione;



Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

- l'individuazione dei soggetti assicurabili e la determinazione del capitale assicurato pro-capite, in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volontà dei singoli partecipanti alla collettiva, in conformità a quanto formalizzato dal FONDO alla Società sulla collettività da assicurare.

Ai fini della validità delle garanzie, la Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle condizioni previste nella Convenzione.

- 2.3. La stipulazione della presente Convenzione è stata preceduta dalla consegna al FONDO, da parte di UNIPOLSAI, delle Condizioni di Assicurazione di cui all'Allegato 3 come modificate dall'Allegato n. 2 (di seguito le "Condizioni di Assicurazione"), che pertanto il FONDO dichiara di aver preventivamente ricevuto ed al quale si fa rinvio per tutto quanto non previsto o disciplinato dalla Convenzione.
- 2.4. Le Condizioni di Assicurazione disciplinano il rapporto assicurativo in relazione alle singole posizioni individuali inserite nell'assicurazione collettiva in qualità di Assicurati. La presente Convenzione regola i rapporti tra il FONDO. In caso di conflitto tra le clausole della presente Convenzione e quelle contenute nelle Condizioni di Assicurazione prevalgono le clausole della Convenzione.

Art. 3 - Assicurati

- 3.1. Gli Assicurati sono esclusivamente gli ISCRITTI che risultano elencati nelle Schede di Polizza emesse dalla Società, per i quali la stessa ha accettato il rischio ed il FONDO ha corrisposto il relativo premio, calcolato in base a quanto previsto nell'Allegato 1.
- 3.2. Possono essere inseriti in assicurazione i soli ISCRITTI con età assicurativa alla data di decorrenza della copertura compresa tra 18 e 80 anni.

Art. 4 - Beneficio

- 4.1 Il beneficio delle prestazioni assicurate è attribuito:
- per il caso di Invalidità permanente, come definita all'Art.2 comma 2.1, all'Assicurato stesso;
 - per il caso di morte, ai soggetti indicati alla Società dal FONDO, come al medesimo comunicati dall'Assicurato o in mancanza di comunicazione dell'Assicurato stesso, agli eredi testamentari o, in assenza di testamento, agli eredi legittimi.

Resta altresì a carico del FONDO la trasmissione alla Società della documentazione, necessaria per l'individuazione dei beneficiari, di cui all'Allegato A alle Condizioni di Assicurazione.

Il FONDO solleva la Società da ogni responsabilità correlata a eventuali richieste di Beneficiari o di quote di spettanza diversi rispetto a quelli contenuti nella suddetta trasmissione.



Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

Art. 5 - Obblighi del Contraente

- 5.1. Sul FONDO gravano tutti gli obblighi derivanti dal contratto e in particolare quello del pagamento dei premi nonché quello di inviare tempestivamente alla Società tutte le comunicazioni concernenti il rapporto assicurativo.
- 5.2. Il FONDO ha l'obbligo di inviare alla Società la documentazione prevista al successivo art. 7 comma 7.1. per la richiesta di ingresso in assicurazione di un Assicurando.

Art. 6 - Documentazione per l'assunzione del rischio

- 6.1. L'assunzione del rischio verrà effettuata senza richiesta di alcuna documentazione sanitaria.

Art. 7 - Documenti contrattuali

- 7.1. Il FONDO presenta alla Società su supporto informatico con tracciato record concordato tra le Parti:
- entro il 7° giorno lavorativo del secondo mese successivo al termine di ciascun trimestre solare, l'elenco nominativo degli Assicurandi da inserire in copertura nel trimestre appena concluso, con l'indicazione per ciascuno dell'azienda di cui sono dipendenti, della data di nascita, sesso, codice fiscale, premio, data di decorrenza di copertura e data di scadenza della validità della stessa;
 - tassativamente entro il 7° giorno lavorativo del quinto mese successivo al termine di ciascun trimestre solare le eventuali ulteriori posizioni arretrate, tramite elenco nominativo degli assicurati da inserire in copertura nel trimestre di cui al punto precedente, con l'indicazione per ciascuno delle informazioni di cui al punto precedente;
- 7.2. La Società emette trimestralmente per il FONDO:
- entro l'ultimo giorno del mese nel quale la SOCIETÀ ha ricevuto l'elenco nominativo di cui al comma precedente le schede di Polizza con gli assicurati da inserire in copertura dalla data di decorrenza comunicata dal Contraente.
- 7.3. Le Parti si danno reciprocamente atto che l'emissione di alcune schede di Polizza potrà avvenire anche successivamente alla data di scadenza della Convenzione ma in ogni caso non oltre otto mesi da tale data.

Art. 8 - Prestazioni Assicurate

- 8.1. L'ammontare del capitale assicurato - uguale per ciascun ISCRITTO – viene stabilito in un importo pari a € 28.200. Resta in ogni caso fermo il fatto che il capitale assicurato risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

Art. 9 - Partecipazione agli utili

9.1. Il capitale assicurato potrà essere incrementato in funzione dell'andamento tecnico del contratto nelle modalità di seguito indicate.

ANNO	CAPITALE ASSICURATO	ANDAMENTO TECNICO RISCONTRATO
2023	28.200 €	
2024	28.200 €	S/P 2023 < 70%
2025	29.200 €	

Il capitale assicurato sarà incrementato, con decorrenza 01/01/2025, nella misura sopra riportata in funzione dell'andamento tecnico dell'anno 2023 calcolato entro la fine del 2024.

S sta ad indicare la somma degli importi pagati o riservati in relazione ai sinistri, di competenza del 2023, denunciati e/o rilevati in seguito alle verifiche sull'esistenza in vita degli assicurati previste dal D.P.R. 22/06/2007 e s.m.;

P sta ad indicare la somma dei premi di competenza, al lordo dei caricamenti, del primo anno.

Art. 10 - Decorrenza e durata della Convenzione

10.1. La presente Convenzione è emessa il 21/12/2022 con decorrenza dalle ore 00 dell'01/01/2023.

10.2. La Convenzione ha durata di 3 anni e non prevede tacito rinnovo. Alla scadenza la Convenzione potrà essere rinnovata previo accordo tra le Parti.

Art. 11 - Modifiche alla Convenzione

11.1. Nel corso di esecuzione del contratto verranno applicate le modifiche concernenti le basi tecniche (basi demografiche e finanziarie) delle condizioni tariffarie, ivi incluse le Condizioni di Assicurazione, in entrambi i casi solo se conseguenti a sopravvenute disposizioni di legge e/o ad adeguamenti a provvedimenti dell'IVASS o di altra Autorità di Controllo. Tali modifiche, ove i termini di adeguamento non siano imperativamente stabiliti dalle disposizioni o dai provvedimenti di cui sopra, avranno effetto e si applicheranno a partire dal secondo mese successivo alla comunicazione delle stesse, a mezzo lettera raccomandata, al FONDO da parte della Società.

Art. 12 - Vincolo

12.1. Date le finalità della presente Convenzione le somme dovute dalla Società in relazione alle singole posizioni individuali non possono essere vincolate.



Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

Art. 13 - Privacy

- 13.1. Ai sensi della vigente normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 – Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali, di seguito anche il “Regolamento”), si precisa che i dati personali degli Assicurati (cd. “interessati” previsti dall’art. 4, comma 1, del Regolamento) di cui la Società potrà entrare in possesso, saranno trattati agli esclusivi fini connessi alla stipulazione della assicurazione collettiva oggetto della presente Convenzione, oltre che per adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria.
- 13.2. I dati personali saranno volontariamente conferiti dagli stessi interessati. La Società, in qualità di Titolare del trattamento e nel rispetto della citata normativa sulla protezione dei dati personali cui essa impronterà la propria attività nell’esecuzione della presente Convenzione, si impegna a fornire agli interessati la prescritta informativa sul trattamento dei dati prevista del Regolamento per il tramite del Contraente che si impegna a mettere a disposizione la stessa agli interessati.
- 13.3. Resta esclusa la possibilità del trattamento dei dati personali degli Assicurati per finalità commerciali e promozionali e per la partecipazione ad eventuali concorsi a premi o iniziative gratuite, salvo espresso consenso degli interessati.
- 13.4. In qualsiasi momento l’interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento rivolgendosi al Responsabile per la protezione dei dati di UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. - Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (BO), e-mail: privacy@unipolsai.it.

Art. 14 - Controversie

- 14.1. Per le controversie relative al presente contratto è competente l’Autorità Giudiziaria del luogo in cui è fissata la sede del FONDO.

Art. 15 - Rinvio

- 15.1. Per quanto non previsto nella presente Convenzione o nelle Condizioni di Assicurazione, le Parti fanno rinvio alle norme del Codice Civile e alla normativa primaria e secondaria di settore applicabile alla Convenzione.

Art. 16 - Norma finale

- 16.1. Ogni modifica o integrazione alla presente Convenzione, non derivante da variazioni normative di cui al precedente articolo 11, sarà efficace solo se precedentemente approvata per iscritto dal FONDO e dalla Società.



Agenzia Generale: 3834 BOLOGNA DIREZIONE
Cod.prodotto: 63 – POLIZZE CORPORATE

ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

16.2. Le Parti si danno reciprocamente atto che tutte le clausole della presente Convenzione sono state oggetto di specifica trattativa e che perciò non sono applicabili gli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile.

16.3. La presente Convenzione viene redatta in tre originali, tutti sottoscritti dalle Parti.

Resta fermo che la Società rimane impegnata esclusivamente per le prestazioni assicurative indicate nella Scheda di Polizza e non risponde per eventuali inesattezze degli elementi forniti dal FONDO stesso.

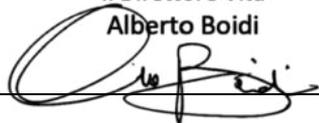
II FONDO

Firmato digitalmente da:GRANDALIANO GIANFRANCO
Limite d'uso:Explicit Text: Questo certificato rispetta le raccomandazioni previst
terminazione Agid N. 121/2019
Data:17/01/2023 11:24:04

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.

Il Direttore Vita

Alberto Boidi



**ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE**

PREMIO MEDIO CALCOLATO IN BASE ALLA TARIFFA 8MIGG

Le Parti si danno reciprocamente atto che alla presente Convenzione viene applicato un premio medio su base annua pari a € 58,80 comprensivo di un caricamento pari al 10%.

Per ciascun Assicurato il premio relativo ad ogni trimestre o frazione di trimestre risulta dal prodotto tra il premio sopra indicato ed il rapporto tra il numero di mesi di effettiva permanenza dell'Assicurato in assicurazione nel trimestre ed il numero totale dei mesi dell'anno.

Il premio medio sopra indicato è valido per tutta la durata della Convenzione.

**ASSICURAZIONE DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE**

MODIFICHE ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Parti si danno reciprocamente atto delle seguenti modifiche alle Condizioni di Assicurazione Mod.8MIGG – ed.06/2022:

- Il punto 2.2. dell'**ART. 2 – PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ** – viene annullato e sostituito dal seguente

“2.2 Definizione di Invalidità

L'Invalidità dell'Assicurato, certificata dall'Ente Previdenziale di appartenenza, è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché il rapporto di lavoro venga risolto in conseguenza di Invalidità.”

- L'**ART. 4 – LIMITAZIONI** – viene annullato e sostituito dal seguente e conseguentemente ogni riferimento all'Art.4.2 è da intendersi all'Art.4:

“ART. 4 – LIMITAZIONI

Qualora lo stesso evento accidentale determini il decesso o l'Invalidità di più Assicurati, la garanzia è **limitata ad un importo massimo complessivo pari a cento volte il capitale medio assicurato pro-capite** dell'assicurazione collettiva.

Detto importo complessivo viene suddiviso sulle posizioni individuali degli Assicurati colpiti dal sinistro, in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.”

- il primo comma dell'**ART. 6 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ** viene annullato e sostituito dal seguente testo:

“Qualora si verifichi l'Invalidità dell'Assicurato, come definita all'Art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società, per il tramite del Contraente, **entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. o PEC**, per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'Art. 7. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.”

- il primo comma dell'**ART. 7 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ** viene annullato e sostituito dal seguente testo:

“Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto, salvo eventuale diversa disposizione proveniente dall'Autorità Giudiziaria di volta in volta competente.

- il terzo comma dell'**ART. 7 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ** viene annullato e sostituito dal seguente testo:

“La documentazione deve essere fornita alla Società per il tramite del Contraente. Qualora l’esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell’obbligo di pagamento o l’individuazione degli aventi diritto o l’adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l’ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.
- A parziale integrazione dell'**ART. 7 – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**, si precisa che ai fini della decorrenza del termine di 30 giorni di cui al comma 4 è necessario **che venga pagato il premio, relativo al periodo di assicurazione trimestrale nel quale si è verificato il sinistro, nei termini di cui all’ART. 12.**”
- il primo comma del punto **8.1 – Premio e modalità di pagamento dell’ART. 8 – PREMIO** viene annullato e sostituito dal seguente testo:

“Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella scheda di Polizza, è dovuto dal Contraente nei termini previsti all’art. 12, ma non oltre la morte dell’Assicurato o la data di denuncia, ai sensi dell’art.6, dell’Invalidità permanente dell’Assicurato, purché riconosciuta dalla Società.”
- il punto **8.2 – Costi sul premio dell’ART. 8 – PREMIO** viene annullato, incluso l’esempio, e sostituito dal seguente:

“8.2. – Costi sul premio

I costi gravanti sul premio della posizione individuale sono i seguenti:

 - **diritti:** € 0,00 in aggiunta al premio;
 - **costi fissi:** € 0,00 prelevati dal premio;
 - **costi in percentuale:** 10,00% del premio al netto dei costi fissi sopra indicati”
- l'**ART. 10 – INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE** viene annullato e sostituito dal seguente testo:

“All’ingresso in assicurazione della posizione individuale e ad ogni successivo rinnovo dell’assicurazione stessa, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio nei termini di cui all’ART. 12**, le garanzie entrano in vigore alle ore 00 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza.”
- il terzo comma dell'**ART. 11 – DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE** – viene eliminato.

- **l'ART. 12 – MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE** – viene sostituito dal seguente:
“ART. 12 – MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: INTERRUZIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE
Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla data di emissione indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta l'interruzione delle garanzie a partire dalla data di decorrenza indicata nella scheda di Polizza stessa. La posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.”
- **l'ART. 13 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE**– viene annullato.
- **l'ART. 21 – FORO COMPETENTE** – viene sostituito dal seguente:
“ART. 21 – FORO COMPETENTE
Per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come “Consumatori” ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).”
- **L'Allegato A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO** viene sostituito dal documento riportato nella pagina successiva.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Decesso dell'Assicurato

- Certificato di morte dell'Assicurato (*);
- Richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta sull'apposito modulo predisposto dalla Società disponibile presso gli intermediari incaricati (o, in alternativa, su carta semplice) nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto stesso;
- Fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e codice fiscale dell'Avente diritto, dell'Esecutore che opera in nome e per conto dell'Avente diritto e del Legale Rappresentante se persona diversa dall'Esecutore;
- Documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica (es.: visura camerale, verbale di assemblea con attestazione dei poteri o altro equivalente);
- Mandato e/o procura e/o decreto di nomina ad amministratore di sostegno o a tutore o curatore dell'avente diritto, nonché fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale del Mandatario /Procuratore/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore oppure del Legale rappresentante;
- Relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli intermediari incaricati) oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso (*);
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio): documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiosa istruttoria (provvedimento di archiviazione o rinvio a giudizio) da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali aventi diritto, gli eredi legittimi dell'Assicurato, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che quali aventi diritto siano designati in via generica soggetti diversi dagli eredi legittimi, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà indicare i dati anagrafici degli aventi diritto medesimi. (*);
- Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni responsabilità al riguardo, nel caso di aventi diritto minori o di incapaci, (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace e gli importi da far autorizzare sono comunicati dalla Società)(*).

Invalità dell'Assicurato

- Copia della domanda per l'accertamento dell'inabilità o dell'invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza del lavoratore dipendente, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva;
- Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione ordinaria di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto, considerate valide attestazioni relative al riconoscimento dell'invalidità Civile di cui alla L. 118/1971);
- Certificato del medico curante redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite delle proprie agenzie unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità;
- Dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro in conseguenza di invalidità permanente.

La Società, ricevuta la documentazione, considererà come valido, ai fini del riconoscimento dell'invalidità stessa, il giudizio effettuato dall'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, ferma restando la facoltà della Società di procedere con l'accertamento autonomo dell'invalidità.

(*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina.

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?**ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO**

Il contratto è un'assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente per collettività di lavoratori dipendenti (tariffa 8M IGG), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.1.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ**2.1 Prestazioni assicurate**

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura e a fronte del versamento del relativo premio, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato ai Beneficiari designati a norma della Convenzione, in caso si verifichi il decesso o l'Invalidità (come definita all'Art. 2.2. **e purché riconosciuta dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso.

Se, durante i periodi di copertura, non si verifica il decesso o l'Invalidità dell'Assicurato, la posizione individuale si estingue ed i **relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso**.

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte rispettivamente agli Artt. 3 e 4**.

Fatto salvo quanto stabilito all'Art. 4.2, il capitale assicurato in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

Il riconoscimento da parte della Società dell'Invalidità dell'Assicurato determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di morte; pertanto la posizione individuale si estingue.

Le modalità ed i termini per l'accertamento dell'Invalidità e per la conseguente corresponsione del capitale sono descritti agli Artt. 6 e 7.

2.2 Definizione di Invalidità

L'Invalidità dell'Assicurato è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché il rapporto di lavoro venga risolto in conseguenza di Invalidità.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**ART. 3 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dalla garanzia il decesso o l'Invalidità causati direttamente o indirettamente da:

- a. dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- d. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se il decesso o l'Invalidità dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

In caso di Invalidità dell'Assicurato, è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, qualora sia stata presentata domanda per l'accertamento dell'Invalidità dell'Assicurato all'Ente previdenziale di appartenenza, o ad altro ente, anteriormente all'ingresso in assicurazione della posizione individuale o, rispettivamente, alla data di richiesta di incremento del relativo capitale assicurato.

ART. 4 - LIMITAZIONI**4.1 Periodo di carenza**

Per il caso di decesso o invalidità dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate, nel caso in cui l'Assicurato abbia rifiutato di sottoporsi ai relativi accertamenti sanitari (quando richiesti dalla Società), è previsto un periodo di carenza di sette anni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva o dalla data dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 13; la stessa limitazione si applica nei primi sette anni dall'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

In caso di morte o invalidità permanente dell'Assicurato avvenuta durante il periodo di carenza è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, la posizione individuale si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA

L'Assicurato rifiuta di sottoporsi al Test HIV richiesto dalla Società.

Durante il periodo di carenza di sette anni, l'Assicurato decede o diventa invalido a causa della sieropositività, la Società non paga il capitale assicurato, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

4.2 Sinistro che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini il decesso o l'Invalidità di più Assicurati, la garanzia è limitata ad un importo massimo complessivo pari a sei volte il capitale medio assicurato pro-capite dell'assicurazione collettiva.

Detto importo complessivo viene suddiviso sulle posizioni individuali degli Assicurati colpiti dal sinistro, in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ESEMPIO DI IMPORTO MASSIMO LIQUIDABILE IN CASO DI SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Nel caso di un'assicurazione collettiva in cui sono presenti:

20 Assicurati,

con capitale assicurato pro-capite pari a € 100.000,00,

il limite massimo della garanzia a fronte di uno stesso evento accidentale è pari a € 600.000,00; tale importo si ottiene moltiplicando il capitale medio assicurato pro-capite (€100.000,00) per sei (6).

Se uno stesso evento determina il decesso o l'Invalidità di un numero di Assicurati tale che la somma dei relativi capitali assicurati risulti superiore a € 600.000,00, la garanzia è comunque limitata all'importo massimo di € 600.000,00 che viene ripartito fra le posizioni individuali degli Assicurati colpiti da sinistro, in proporzione al capitale assicurato su ciascuna di esse (nell'esempio uguale per tutte e pari ad € 100.000,00).

Nell'ipotesi che il sinistro colpisca dieci (10) Assicurati, l'importo pro-capite è pari a € 60.000,00.

Quest'ultimo importo si determina dividendo ciascun capitale assicurato pro-capite (€ 100.000,00) per la somma degli importi di capitale assicurato (€ 100.000,00 * 10), relativi agli Assicurati colpiti dal sinistro, e moltiplicando il risultato per l'importo massimo complessivo (€ 600.000,00):

$100.000,00 / (100.000,00 * 10) * 600.000,00 = € 60.000,00$

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 5 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato **devono essere veritiere, esatte e complete.**

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso all'assicurazione della posizione individuale o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva:

- di impugnare l'assicurazione stessa e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'Art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dall'assicurazione stessa o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'Art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie o dalla loro eventuale riattivazione, oppure dall'eventuale aumento delle prestazioni, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Il contratto viene stipulato nel presupposto che il Contraente abbia domicilio abituale o, nel caso di persona giuridica, sede legale in Italia. Il Contraente, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale trasferimento, intervenuto nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data. La Società si riserva di richiedere la documentazione comprovante la predetta variazione di domicilio abituale o sede legale.

La variazione di domicilio abituale o di sede legale in uno Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi comporta la cessazione del contratto dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento di domicilio abituale o di sede legale.

Il Contraente rimane responsabile per l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni rese e per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione.

ART. 6 - DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

Qualora si verifichi l'Invalidità dell'Assicurato, come definita all'Art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 60 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.**, per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'Art. 7. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società 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 le prove richieste dalla Società per l'accertamento dell'Invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di Invalidità, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare l'Invalidità entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 7, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

Le garanzie restano in vigore anche durante l'accertamento e fino alla data della comunicazione, inviata dalla Società al

Contraente, del riconoscimento dell'Invalidità. Se l'Invalidità non viene riconosciuta dalla Società, le garanzie restano in vigore fermo restando che **il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei premi corrispondendo anche quelli scaduti successivamente alla data della denuncia, aumentati degli interessi legali.**

Ferme restando le esclusioni e le limitazioni previste, il decesso dell'Assicurato – così come il riconoscimento dell'Invalidità derivante da altra causa - intervenuto durante l'accertamento equivale ad avvenuto riconoscimento dell'Invalidità da parte della Società.

ART. 7 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa o quello del competente intermediario incaricato**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.**

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria** - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - **indicata nell'Allegato A con riferimento alla relativa causa del pagamento.**

La documentazione deve essere fornita alla Società **tramite il competente intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società, specificando gli elementi identificativi del contratto.** Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., c.c..

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 8 - PREMIO

8.1 - Premio e modalità di pagamento

Il premio è dovuto dal Contraente, insieme ai diritti fissi, in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data di denuncia, ai sensi dell'Art. 6, dell'Invalidità permanente dell'Assicurato, purché riconosciuta dalla Società.

In caso di ingresso in assicurazione della posizione individuale nel corso dell'anno solare, il relativo premio viene determinato in proporzione alla frazione di anno di copertura.

Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e deve essere corrisposto**, a scelta del Contraente, **con una delle seguenti modalità:**

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi il giorno di pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00 deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT** sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.

L'Intermediario incaricato ha il **divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

8.2 - Costi sul premio

I costi gravanti sul premio della posizione individuale sono i seguenti:

- **diritti:** €1,00 in aggiunta al premio;
- **costi fissi:** € 20,00 prelevati dal premio;
- **costi in percentuale:** 20,00% del premio al netto dei costi fissi sopra indicati.

ESEM PIO - Costi sul premio

Calcolo dei costi applicati al premio versato	
Premio versato per la posizione individuale	€ 501,00
Premio versato per la posizione individuale al netto dei diritti	€ 500,00
Costi fissi	€ 0,00
Premio versato per la posizione individuale al netto di diritti e costi fissi	€ 500,00
Aliquota dei costi in percentuale	25,00 %
Costi in percentuale	€ 500,00 x 26,00% = € 125,00
Costi totali	€ 126,00

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?
ART. 9 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la scheda di Polizza emessa e firmata dalla Società.

ART. 10 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio nei termini di cui agli Artt. 8 e 12**, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa o, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente; **detta accettazione deve essere inviata, pena decadenza, entro 10 giorni dalla richiesta del sovrappremio.**

Dalle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Società della richiesta di copertura per l'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che entro i successivi 30 giorni, pena decadenza, il Contraente provveda ad inviare la documentazione necessaria secondo quanto previsto in Convenzione**, viene concesso un periodo di copertura provvisoria **per la sola garanzia relativa al caso di morte derivante direttamente ed esclusivamente da Infortunio e con un importo di capitale assicurato pari al minore fra quello risultante in base all'Art. 2 ed € 300.000,00**; per Infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili. **Detta copertura provvisoria cessa con l'entrata in vigore delle garanzie secondo quanto sopra previsto o, comunque, dopo 90 giorni oppure alle ore 24 della data della comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Società o della mancata accettazione del sovrappremio da parte del Contraente, fermo restando che il Contraente è tenuto a corrispondere il premio in proporzione al periodo in cui la copertura provvisoria è stata in vigore.**

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste.

La suddetta modalità si applica anche in caso di aumento del capitale assicurato per la posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di garanzia.

La posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde, per causa diversa da sinistro, i requisiti previsti dalla Convenzione; **entro i 30 giorni successivi il Contraente è tenuto a comunicare la perdita dei requisiti alla Società, mediante raccomandata A.R.. A condizione che venga rispettato tale termine**, la Società rimborsa al Contraente l'eventuale parte di premio relativa alla frazione di anno in cui la garanzia non è stata in vigore.

ART. 11 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale), con periodo di copertura coincidente:

- con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;
- con la frazione di anno solare successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso.

Salvo il caso di cessazione della Convenzione, l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo di copertura al successivo.

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età assicurativa, la relativa posizione individuale si estingue.

L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'ETÀ ASSICURATIVA

Esempio 1	
Data di decorrenza della copertura:	1/1/2021
Data di nascita dell'Assicurato:	30/6/1981
Età in anni, mesi e giorni	39 anni , 6 mesi, 1 giorno
Età assicurativa	40 anni
Esempio 2	
Data di decorrenza della copertura:	1/1/2021
Data di nascita dell'Assicurato:	1/7/1981
Età in anni, mesi e giorni	39 anni , 6 mesi, 0 giorni
Età assicurativa	39 anni

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 13, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

Se il decesso o l'Invalidità (come definita all'Art. 2.2 e purché riconosciuta dalla Società) dell'Assicurato si verifica entro il termine di cui sopra, la Società corrisponde la somma eventualmente dovuta ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, previo pagamento del premio rimasto insoluto.

ART. 13 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento del premio, il Contraente può riattivarle pagando il premio arretrato per la posizione individuale, **aumentato degli interessi legali per il periodo intercorso fra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.**

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari.**

La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato aumentato degli interessi.

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste per le garanzie.

COM E POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?
ART. 14 - DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?
ART. 15 - RISCATTO E RIDUZIONE

L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili.

Non sono previsti valori di riduzione.

COM E POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?
ART. 16 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dell'Invalidità dell'Assicurato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione 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 designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI**ART. 17 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo.

ART. 18 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 c.c.).

ART. 19 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 20 - IM POSTE E TASSE

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

ART. 21 - FORO COM PETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Decesso dell'Assicurato

- Certificato di morte dell'Assicurato (*);
- Richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta sull'apposito modulo predisposto dalla Società disponibile presso gli intermediari incaricati (o, in alternativa, su carta semplice) nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto stesso;
- Fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e codice fiscale dell'Avente diritto, dell'Esecutore che opera in nome e per conto dell'Avente diritto e del Legale Rappresentante se persona diversa dall'Esecutore;
- Documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica (es.: visura camerale, verbale di assemblea con attestazione dei poteri o altro equivalente);
- Mandato e/o procura e/o decreto di nomina ad amministratore di sostegno o a tutore o curatore dell'avente diritto, nonché fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale del Mandatario / Procuratore/ Amministratore di sostegno/ Tutore/ Curatore oppure del Legale rappresentante;
- Relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli intermediari incaricati) oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso (*);
- Cartelle cliniche e accertamenti sanitari effettuati, relativi a eventuali ricoveri in ospedale o case di cura, con particolare riferimento al documento contenente la diagnosi della malattia sulla causa che ha portato al decesso dell'Assicurato (*);
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio): documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiosa istruttoria (provvedimento di archiviazione o rinvio a giudizio) da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- Per il caso in cui il beneficiario non coincida con il Contraente, atto di notorietà (**) reso innanzi a un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (quale, ad esempio, un Cancelliere di un ufficio giudiziario), dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'Atto Notarile di pubblicazione è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà riportare anche l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che siano designati in via generica beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'Atto Notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari (*);
- Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni responsabilità al riguardo, nel caso di aventi diritto minori o di incapaci, (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace e gli importi da far autorizzare sono comunicati dalla Società) (*).

(*) **documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina.**

(**) **non è sufficiente la dichiarazione sostitutiva dell'Atto Notorio in quanto valida solo nei confronti della Pubblica Amministrazione – vedi D.P.R. 445/ 2000.**

Invalità dell'Assicurato

- Copia della domanda per l'accertamento dell'inabilità o dell'invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza del lavoratore dipendente, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva;
- Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione ordinaria di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto, considerate valide attestazioni relative al riconoscimento dell'invalidità Civile di cui alla L. 118/1971);
- Certificato del medico curante redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite delle proprie agenzie unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità;
- Dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro.

La Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, procederà con l'accertamento autonomo dell'Invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno da parte dell'Ente Previdenziale del diritto alla pensione ordinaria di inabilità o all'assegno ordinario di invalidità permanente.

ALLEGATO B – GLOSSARIO

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto, sottoscritto insieme ad esso o in un momento successivo, per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la Società ed il Contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il Contraente e/o con il Beneficiario.

Assicurazione (o Garanzia) di rischio: Assicurazione finalizzata alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato (ad esempio il decesso, l'invalidità o la perdita di non autosufficienza), che prevede il pagamento della prestazione esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

Beneficiario: Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Caricamenti: Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi sostenuti dalla Società.

Collettiva: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nell'operazione con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro che stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Contraente: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'Assicurato e/o con il Beneficiario.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, s'impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Convenzione: Contratto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma collettiva.

Detraibilità fiscale (del premio versato): Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che, secondo la normativa vigente, può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Domicilio Abituale: Luogo in cui il Contraente ha stabilmente fissato l'effettiva sede abituale dei propri affari e interessi.

Garanzia: Prestazione contrattuale che la Società si impegna a pagare al Beneficiario in base alle condizioni previste dal contratto; ad essa possono essere abbinare altre prestazioni che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie rispetto a quella principale.

Intermediario o Intermediario assicurativo: Persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione o da un dipendente della stessa e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio, che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

IVASS (ex ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nel settore assicurativo sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A far data dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, competenze e funzioni di vigilanza precedentemente affidati all'ISVAP.

Liti transfrontaliere: Controversie tra un Contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Perfezionamento del contratto: Momento in cui avviene il pagamento del primo premio pattuito.

Polizza/ Scheda di Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

Premio: Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario al verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

Proposta: Documento sottoscritto dal potenziale Contraente con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla Società al Contraente a fronte del versamento del premio; quietanza di liquidazione rilasciata dal Beneficiario alla Società a fronte del pagamento della prestazione).

Recesso: Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Riattivazione: Facoltà del Contraente di riprendere, con le modalità e nei termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (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 Società per le assicurazioni con garanzie di rischio demografico, nel caso in cui l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (sovrappremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive svolte (sovrappremio professionale o sportivo).