

T127

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
TEMPORANEA MONO – ANNUALE PER IL CASO
DI MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Business



PERSONA

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale Vita (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP aggiuntivo Vita)
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018
- Modulo di polizza.

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

Assicurazione temporanea mono-annuale per il caso di morte ed invalidità totale e permanente

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



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.



Prodotto: Tariffa T127


Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, rivolto a persone giuridiche – aziende che manifestano la volontà di assicurare i propri dipendenti/collaboratori/amministratori in relazione al rischio di premorienza e Invalidità totale e permanente (copertura TCM + ITP).

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<ul style="list-style-type: none">✓ <u>Prestazione in caso di decesso</u>: L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione agli aventi diritto in caso di decesso dell'Assicurato a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.✓ <u>Prestazione in caso di invalidità totale e permanente</u>: L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione agli aventi diritto in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, verificatisi e/o sopraggiunti in vigenza del contratto, che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente portata a conoscenza della Compagnia e riconosciuta dalla stessa come tale, di grado superiore al 66%, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.✓ <u>Capitale Assicurato</u><ul style="list-style-type: none">✓ L'importo del capitale assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati.✓ Il capitale assicurato, per ogni testa assicurata, è determinato in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.✓ La garanzia comprende anche il rischio del suicidio se il fatto avviene dopo un anno dall'ingresso in assicurazione. Qualora la sottoscrizione della polizza sia collegata ad un CCNL, ad un contratto integrativo aziendale o ad un accordo quadro, la copertura del rischio suicidio ha decorrenza immediata.✓ Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP Aggiuntivo.	<ul style="list-style-type: none">× Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa. <p>Il contratto non prevede prestazioni assicurative nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none">× In caso di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità temporanea dell'Assicurato;× In caso di vita dell'Assicurato.

 Ci sono limiti di copertura?
<p>Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:</p> <ul style="list-style-type: none">! dolo della Contraente o del Beneficiario;! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione della copertura assicurativa;

- ! incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! pandemia;
- ! uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- ! abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, di medicine in dosi non prescritte dal medico, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;
- ! radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- ! pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio.
- ! Si intende, inoltre, esclusa la liquidazione del capitale assicurato e/o dell'eventuale aumento dello stesso, nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente presso l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza e/o altre Compagnie di Assicurazione e/o alla Compagnia, prima dell'entrata in vigore del presente contratto o della data di richiesta di aumento del capitale.
- ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Esemplificativo e/o il Questionario Sanitario, concernente lo stato di salute, per capitali superiori a 300.000,00 euro.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - trasferimento della sede/domicilio del Contraente o dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
 - modifiche di professione dell'Assicurato intervenute in corso di contratto.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Il premio, dovuto dalla Contraente per ciascun Assicurato ed all'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato, secondo la tariffa per il contratto di assicurazione collettiva temporanea mono -annuale per il caso di morte e di invalidità totale e permanente – tariffa T127 – a cui vanno aggiunti i diritti di polizza di € 25,00.
- Il premio dovuto dalla Contraente per ogni Assicurato si calcola, di anno in anno, tenendo in considerazione l'età raggiunta e l'importo del capitale assicurato. Per il calcolo dell'età qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età dell'Assicurato si determina considerando un anno in più. Per ogni Assicurato è previsto, inoltre un diritto fisso di € 1,50 che va ad aggiungersi all'importo del premio dovuto.
- Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio, al netto dei diritti fissi di € 1,50 previsti per ogni Assicurato, in proporzione alla durata della copertura; all'importo del premio così ottenuto verrà poi aggiunto un diritto fisso di € 1,50 per ogni Assicurato.
- Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia.
- La Contraente è tenuta a pagare il premio unico, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze tramite: bonifico bancario, bonifico postale, postagiro e assegno.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura assicurativa decorre dalla data indicata in polizza, fermo restando l'effetto per le singole teste assicurate dalla data di entrata in copertura, ed è subordinata:

- alla presentazione della dichiarazione di assenso scritto dell'Assicurato a stipulare un'assicurazione sulla vita dell'Assicurato stesso per il caso di morte qualora il contratto non sia stato stipulato in adempimento di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero di Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali noti all'Assicurato;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, a condizione che tale esito sia stato reso noto alla Compagnia, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di una apposita Appendice;
- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'ingresso in Assicurazione;
- al pagamento del premio.
- L'assicurazione ha una durata di un anno e si rinnova alla scadenza di anno in anno, in presenza di volontà espressa dal Contraente mediante apposita comunicazione scritta inviata alla Compagnia all'indirizzo di posta elettronica GestioneCollettiveVita@cattolicaassicurazioni.it da effettuarsi entro la data di scadenza. In assenza di tale comunicazione il contratto cessa alle ore 00:00 della data di scadenza.
Resto fermo in ogni caso il diritto della Compagnia di non rinnovare il contratto, e di farne quindi cessare gli effetti alla scadenza, comunicandolo alla Contraente mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima dalla scadenza.
- Unitamente alla comunicazione di rinnovo, il Contraente deve inviare la seguente documentazione:
 - modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto;
 - elencazione nominativa degli Assicurati tramite foglio elettronico processabile;
 - qualora richiesto dalla normativa antiriciclaggio, fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità degli Assicurati e codice fiscale;
 - fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante della Contraente.
- La copertura assicurativa cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 00:00:
 - della data di mancato rinnovo dell'assicurazione collettiva in oggetto;
 - della ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato;
 - dalla data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o invalidità totale permanente relativamente alla posizione dei singoli Assicurati.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.



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

- Non è prevista la revoca della proposta.
- Non è previsto il recesso dal contratto.
- Risoluzione del contratto:
 - per i pagamenti successivi al primo è concesso il termine di tolleranza fino a 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione della copertura assicurativa;
 - la Contraente comunica alla Compagnia di non voler procedere al rinnovo del contratto;
 - tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 00:00:
 - dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarico in essere tra la Contraente (e/o società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e gli Assicurati.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SÌ NO

- Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

Assicurazione temporanea mono-annuale per il caso di morte ed invalidità totale e permanente

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



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: Tariffa T127

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia; Tel. 0458391111; sito internet: www.cattolica.it; e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962.

Società con sede legale in Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29/04/1923 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 537 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alla prestazione in caso di invalidità totale e permanente:

- Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che per sopravvenuta infermità o per sopraggiunto difetto fisico o mentale, oggettivamente accertabile, abbia visto ridotta, in modo permanente ed a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini (invalidità superiore al 66%).
- Ad esclusione della sola categoria dei Dirigenti alla quale non si applica quanto detto sopra, per tutte le altre categorie professionali assicurabili l'invalidità totale e permanente indennizzabile ai fini del presente contratto deve avere comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con la Contraente, ovvero con la società o l'ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto.
- Resta inteso che la garanzia per invalidità totale e permanente non opera in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro del Dirigente/Assicurato al quale sia stato già riconosciuto, in qualsiasi epoca, uno stato di invalidità permanente superiore ai 2/3.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

- Periodo di carenza:
 - Limitatamente alla garanzia relativa al caso di morte, è previsto un periodo di carenza di 4 anni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva o dall'eventuale aumento della prestazione, nel caso in cui l'Assicurato abbia rifiutato di sottoporsi ad accertamenti sanitari, quando richiesti, ed il decesso sia dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività – da HIV o AIDS e patologie collegate. In caso di morte 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.
 - L'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test su l'HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

- Per attivare la procedura di liquidazione delle prestazioni previste in polizza, la denuncia deve essere resa per iscritto tramite e-mail al seguente indirizzo sinistricollettivevita@cattolicaassicurazioni.it oppure lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia.
- A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Compagnia si attiverà la relativa procedura di accertamento.
- Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare la Compagnia, si invita a prendere nota dei seguenti dati:
 - Numero di polizza;
 - Cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
 - Nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa e riportate negli allegati 1, 2 - moduli di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso e di invalidità totale e permanente.
- **In caso di decesso dell'Assicurato:**
 - Per ottenere la liquidazione del capitale, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare gli aventi diritto.
 - La Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta, previa consegna della relativa quietanza controfirmata.
 - Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.
- Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare l'opportuna documentazione indicata di seguito:
 - Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
 - Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi;
 - Copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale o in clinica privata;
 - In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
 - Copia dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile;
 - Copia autenticata dell'eventuale ultimo testamento valido e non impugnato;
 - Per capitali non superiori a € 100.000,00, dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento (completa, se sono beneficiari gli eredi legittimi, delle loro generalità e del grado di parentela);
 - Per capitali superiori a € 100.000,00, atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento (completa, se sono beneficiari gli eredi legittimi, delle loro generalità e del grado di parentela);
 - Autorizzazione del Giudice Tutelare sulla riscossione del capitale, se i beneficiari sono minori od incapaci;

- Fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità valido dell'avente diritto;
- IBAN del conto corrente bancario dei beneficiari (solo per pagamenti tramite bonifico);
- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- Modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, fornito dalla Compagnia al momento della denuncia del sinistro, compilato e sottoscritto dagli aventi diritto;
- Stato di famiglia dell'Assicurato;
- La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.);
- **In caso di invalidità totale e permanente - accertamento autonomo:**
 - Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o la società ed ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, contattando la Compagnia entro 30 giorni dalla data dell'Evento.
 - In tali casi, la Compagnia avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegnerà ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.
 - A richiesta della Compagnia, la Contraente e l'Assicurato sono tenuti:
 - A rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
 - A fornire la documentazione che dalla Compagnia fosse ritenuta opportuna per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.
 - Dalla data del timbro postale della raccomandata di denuncia della presunta invalidità, la Compagnia si impegna a mantenere comunque in vigore, anche in fase di rinnovo, le garanzie di cui al presente contratto relative alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, dietro corresponsione del relativo premio da parte della Contraente; se l'invalidità permanente verrà riconosciuta dalla Compagnia, l'obbligo al pagamento del premio cesserà definitivamente e la Compagnia si impegna a restituire alla Contraente un importo pari al premio eventualmente pagato successivamente alla data di denuncia; se l'invalidità non verrà invece riconosciuta, la copertura assicurativa continuerà ad essere prestata alle presenti condizioni.
 - La Compagnia si riserva di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.
 - Il decesso dell'Assicurato – così come il riconoscimento dell'invalidità derivante da altra causa - intervenuto durante l'accertamento equivale all'avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità da parte della Compagnia.
 - Previa consegna della relativa quietanza controfirmata o del ricevimento della documentazione completa, la Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro i successivi 30 giorni.
 - Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.
 - Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.
- **In caso di invalidità totale e permanente –Dirigente di aziende:**
 - Limitatamente alla categoria dei Dirigenti ed ai capitali previsti dagli obblighi di C.C.N.L., verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o la società ed ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, contattando la Compagnia entro 30 giorni dalla data dell'evento.
 - In tali casi la Compagnia assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità totale e permanente così come formulato:
 - dall'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento di invalidità;
 - dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.
 - Il riconoscimento di tale diritto deve essere comunque conseguente a domanda inoltrata prima

della cessazione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione con la Contraente, ovvero con la società o l'ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto.

- Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento.
 - Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.
 - Resta inteso che per la parte di capitale assicurato che eccede i suddetti limiti di C.C.N.L. si applicheranno in ogni caso le condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente previste tramite accertamento autonomo da parte della Compagnia.
- Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare l'opportuna documentazione indicata di seguito:
 - Inviare alla Compagnia copia delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria utile ad attestare lo stato d'invalidità;
 - Inviare alla Compagnia un certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o dell'infortunio che ha prodotto l'invalidità;
 - Sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali la Compagnia credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
 - Sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati;
 - In caso di invalidità permanente per malattia, fornire alla Compagnia certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia;
 - Per i soli dirigenti di aziende industriali, in caso di invalidità e se previsto dalle condizioni contrattuali, fornire copia della dichiarazione INPS attestante il diritto all'assegno ordinario d'invalidità;
 - Inviare fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità valido dell'avente/i diritto;
 - IBAN del conto corrente bancario dei beneficiari (solo per pagamenti tramite bonifico);
 - Inviare fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
 - Inviare modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela compilato e sottoscritto dagli aventi diritto;
 - La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).
 - La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:
 - effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
 - consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione;
 - sottoporre l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia e raccogliere il relativo consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati.


Prescrizione:

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Liquidazione della prestazione:

- La Compagnia:
 - in caso di Decesso: esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.
 - in caso di sopravvenuta invalidità totale permanente dell'Assicurato: esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di accertamento e riconoscimento. La Compagnia avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegnerà ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta

	<p>stabilizzazione dei postumi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.</p> <p>In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:</p> <p>HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; di trattenere il premio. <p>HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. <p>Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.</p> <p>L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.</p>

 Quando e come devo pagare?															
Premio	<p><u>Tabelle illustrative dei premi relativi all'assicurazione collettiva in forma di temporanea di gruppo per il caso di morte ed invalidità totale permanente.</u></p> <p>Capitale assicurato: € 50.000 Sesso: Qualunque</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><i>Durata 1 anno</i></th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Età</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Importo di premio</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">€ 35,50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">€ 46,00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">€ 54,00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">€ 79,50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">€ 132,00</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Durata 1 anno</i>		<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>	30	€ 35,50	35	€ 46,00	40	€ 54,00	45	€ 79,50	50	€ 132,00
	<i>Durata 1 anno</i>														
<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>														
30	€ 35,50														
35	€ 46,00														
40	€ 54,00														
45	€ 79,50														
50	€ 132,00														
	<p>Capitale assicurato: € 100.000 Sesso: Qualunque</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><i>Durata 1 anno</i></th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Età</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Importo di premio</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">€ 69,50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">€ 91,50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">€ 106,50</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Durata 1 anno</i>		<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>	30	€ 69,50	35	€ 91,50	40	€ 106,50				
<i>Durata 1 anno</i>															
<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>														
30	€ 69,50														
35	€ 91,50														
40	€ 106,50														

	Durata 1 anno
45	€ 157,50
50	€ 262,50

Capitale assicurato: € 200.000
Sesso: Qualunque

	Durata 1 anno
Età	Importo di premio
30	€ 137,50
35	€ 181,50
40	€ 211,50
45	€ 313,50
50	€ 523,50

Si precisa che gli importi di premio indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Per i pagamenti successivi al primo è concesso il termine di tolleranza fino a 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione della copertura assicurativa con riferimento od all'intera garanzia se si tratta del premio da pagarsi a ricorrenze annuali o con riferimento alla garanzia relativa agli Assicurati ed in tal caso l'avviso sarà inviato anche a detti soggetti da parte della Contraente che si impegna quindi a comunicarlo agli Assicurati.

- La Contraente è tenuta a pagare il premio unico, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze tramite:
 - bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
 - bonifico postale, postagioco (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
 - assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione".

Rimborso	Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte e dall'invalidità totale permanente, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto al netto dell'importo fisso di € 1,50.
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.
Sospensione	Non prevista.



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

Revoca	Non prevista.
Recesso	Non previsto.
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<u>Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.</u>
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.



A chi è rivolto questo prodotto?

- Il prodotto è destinato alle persone giuridiche – aziende che manifestano la volontà di assicurare i propri dipendenti/collaboratori/amministratori in relazione al rischio di premorienza e Invalità totale e permanente (copertura TCM + ITP).
- Sono assicurabili:
 - i Colletti Bianchi della Contraente e/o di eventuali società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti, senza accesso a cantieri neppur occasionale e senza attività manuale.
 - Persone fisiche che al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione abbiano un'età compresa tra i 18 e i 75 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato il 75° anno di età.
- L'accettazione del rischio dipende dall'attività professionale svolta.
- L'assicurazione vale per le categorie professionali anzidette purché appartenenti ad aziende industriali, società di servizi, commerciali ed enti pubblici.
- Hanno, quindi, diritto alla copertura assicurativa di cui al presente contratto i soggetti sopra indicati purché inclusi in assicurazione dalla Contraente.



Quali costi devo sostenere?

- **Costi gravanti sul premio:**
Il premio complessivo di polizza dovuto dalla Contraente comprende i diritti di polizza pari a € 25,00, che vanno ad aggiungersi alla somma dei premi mono-annuali calcolati per ciascun Assicurato.

Spese del contratto

Diritti di polizza	€ 25,00
--------------------	---------

Per ogni Assicurato i costi di acquisizione e gestione del premio mono-annuale sono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato. I costi di acquisizione e gestione sono rappresentati nella tabella che segue e sono costituiti dai costi percentuali applicati al premio al netto della cifra fissa di € 1,50.

Gli oneri relativi agli accertamenti sanitari e agli esami effettuati restano a carico degli Assicurati, che si rivolgono al proprio medico di fiducia.

Caricamenti

<i>Diritti fissi</i>	€ 1,50
<i>Costi percentuali</i>	19,50%(al netto dei diritti fissi)

- **Costi per il riscatto:**
Non è previsto il riscatto.
- **Costi per l'erogazione della rendita:**
Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.
- **Costi per l'esercizio delle opzioni:**
Non sono presenti opzioni contrattuali.
- **Costi di intermediazione:**
Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

<i>Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (Quota parte dei costi in percentuale)</i>
73,43%

- **Costi dei PPI:**
Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Regime fiscale dei premi</u></p> <p>Il regime fiscale dei premi è soggetto a due distinti trattamenti, così come prevede la circolare dell'Agenzia delle Entrate 55E del 04/03/1999:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se il versamento da parte del datore di lavoro, correlato alla stipula della copertura assicurativa, discende da un obbligo derivante da contratto, accordo o regolamento aziendale, i premi in questione, se superiori a 258,23 euro pro-capite, sono da considerarsi parte integrante della retribuzione e quindi, concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente; • Se, invece, l'accordo o il regolamento aziendale prevedano soltanto l'obbligo per il datore di lavoro di fornire talune prestazioni assistenziali, il datore di lavoro, che è obbligato al pagamento di dette prestazioni assistenziali, può liberamente scegliere di garantirsi una copertura economica per tali pagamenti ovvero attendere l'evento e sopportarne interamente il carico. In questo caso, quindi, i premi versati non concorrono a formare il reddito del dipendente, né base imponibile previdenziale. La stipula della polizza assicurativa, infatti, risponde all'esclusivo interesse del datore di lavoro di rimanere indenne dal rischio di dover pagare con fondi propri le indennità per il caso di morte o invalidità. <p>Nel caso in cui i premi concorrano a formare il reddito del lavoratore dipendente (vedi punto a.) è riconosciuta annualmente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge; si precisa altresì che gli stessi costituiscono base imponibile previdenziale, ai fini della contribuzione INPS.</p> <p>In ogni caso l'importo dei premi versati costituisce onere deducibile dal reddito di impresa.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u></p> <p>Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale.</p> <p>Se liquidate in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.</p>

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

T127

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
TEMPORANEA MONO – ANNUALE PER IL CASO
DI MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (MOD. T127) sono parte integrante del Set Informativo, unitamente ai seguenti documenti:

- Documento informativo precontrattuale Vita (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP aggiuntivo Vita)
- Modulo di polizza

e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Business



PERSONA

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

PRONTI ALLA CHIAREZZA

CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Per rendere un po' più facili da capire cose per definizione complesse, abbiamo cercato di semplificare (ove possibile) il linguaggio assicurativo e applicato una coerenza – anche visiva – ai contenuti.

In questo fascicolo, gli elementi costanti sono stati armonizzati e gli elementi di attenzione vengono identificati da un intuitivo sistema di linee guida per la consultazione e la lettura.

All'inizio di ogni Sezione sono presenti box di consultazione, graficamente distinti e senza valore contrattuale, per introdurre le successive garanzie con un linguaggio più semplice. Con questi box ti aiuteremo a comprendere l'area di rischio interessata dalla Sezione e le esigenze assicurative che la stessa intende coprire.

MAIUSCOLO

titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi

grassetto

punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento

corsivo

specifiche, richiami a norme o articoli



INFORMAZIONE IMPORTANTE

Le cose chiave e utili da sapere



FOCUS

Approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



COSA FARE

Istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA	5
---------------------------------------	----------

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	12
Art. 1 OGGETTO	12
Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE	12
Art. 2.1 RISCHIO DI MORTE	12
Art. 2.2 RISCHIO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	13
Art. 3 SUICIDIO	13
Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ	13
SEZIONE 2 - LIMITAZIONI, CARENZE, ESCLUSIONI	15
Art. 5 PERIODO DI CARENZA	15
Art. 6 ESCLUSIONI	15
SEZIONE 3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO	17
Art. 7 MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI	17
Art. 8 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO	18
Art. 9 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO	18
Art. 10 CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE	18
SEZIONE 4 - DOCUMENTAZIONE SANITARIA, ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI	20
Art. 11 DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI	20
Art. 12 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	21
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E PREMI DI ASSICURAZIONE	22
Art. 13 BENEFICIARI	22
Art. 14 PREMI DI ASSICURAZIONE	22
Art. 15 PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE	22
Art. 16 DOCUMENTI PRODOTTI DALLA COMPAGNIA	23
SEZIONE 6 - COSA FARE IN CASO DI EVENTO, MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E DURATA CONTRATTUALE	24
Art. 17 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI DECESSO	24
Art. 18 CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - ACCERTAMENTO AUTONOMO	24
Art. 19 CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - DIRIGENTI DI AZIENDE	25
Art. 20 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE SINISTRI	25
Art. 21 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE	26
Art. 22 DURATA DEL CONTRATTO	26
SEZIONE 7 - LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E CONFLITTO D'INTERESSI	27
Art. 23 COLLEGIO ARBITRALE	27
Art. 24 FORO COMPETENTE	27

Art. 25 CONFLITTO DI INTERESSI	27
Art. 26 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA	27
Art. 27 PRESCRIZIONE	28
Art. 28 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	28
Art. 29 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE	28

ALLEGATI

ALLEGATO 1	29
MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO	29
ALLEGATO 2	31
MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO	31

GLOSSARIO



GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste Condizioni di Assicurazione, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano Sezioni o garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

ADEGUATA VERIFICA

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Questa attività prevede i seguenti adempimenti:

- a. identificazione dei soggetti coinvolti nel rapporto assicurativo:
 - cliente (contraente) ed eventuale esecutore;
 - beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa);
 - eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;
- b. verifica dell'identità dei soggetti coinvolti nel rapporto, di cui al punto a., sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
- c. acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;
- d. esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e il Contraente.

ASSICURATO

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurativa in forma di capitale al verificarsi del decesso o dell'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

B**BENEFICIARIO**

Persona fisica o giuridica designata in polizza dalla Contraente, che può coincidere o no con la Contraente stessa e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

C**CAPITALE IN CASO DI DECESSO**

Prestazione liquidabile al Beneficiario sotto forma di capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

CAPITALE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Prestazione liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che hanno come conseguenza un'invalidità totale e permanente così come definita nelle condizioni contrattuali.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in questo periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

CARICAMENTI

Parte del premio versato dalla Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

COLLETTO BIANCO

Forza lavoro impiegatizia con funzioni di carattere intellettuale, non direttamente applicata all'attività produttiva ed estranea all'operatività sulle macchine delle fabbriche.

COMPAGNIA o IMPRESA o SOCIETÀ (DI ASSICURAZIONE)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE

Persona giuridica, che può coincidere o no con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è stata sottoscritta tra la Compagnia e la Contraente.

COSTI (O SPESE)

Oneri a carico della Contraente gravanti sui premi versati.

COSTI ACCESSORI (O COSTI FISSI, O DIRITTI FISSI, O COSTI DI EMISSIONE, O SPESE DI EMISSIONE)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico della Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

D

DEBITO RESIDUO

Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.

DECORRENZA DELLA GARANZIA

Momento in cui le garanzie relative alle coperture assicurative dei singoli Assicurati divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI**

Informazioni fornite dalla Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Se la Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento della Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

E

ESCLUSIONI/LIMITAZIONI

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

ETÀ ASSICURATIVA

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'età dell'Assicurato si determina considerando un anno di più.

EVENTO

Momento in cui si verifica il sinistro, ovvero la data del decesso o di manifestazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato così come accertata da specifica certificazione medica redatta dal medico curante o dal medico ospedaliero, che accerta lo stato di invalidità dell'Assicurato, nonché la data della sua relativa sopravvenienza, e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

F

FATCA

Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano.

La Compagnia è quindi obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni e una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è inoltre obbligata a effettuare attività di monitoraggio, al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e, conseguentemente, al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

I

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi, o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.

INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (ITP)

Perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato, per sopravvenuta infermità o per sopraggiunto difetto fisico o mentale, oggettivamente accertabile, di svolgere in modo permanente ed a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

L

LIQUIDAZIONE

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.

M

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

MASSIMALE

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun evento e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

P**PANDEMIA**

La pandemia è la diffusione inarrestabile di un'epidemia. L'ultima che si ricorda fu la spagnola, l'influenza che si diffuse all'indomani del primo conflitto mondiale (1918-1920) causando decine di milioni di morti in tutto il mondo, più delle stesse vittime della Grande guerra.

Con il termine pandemia si indica la propagazione di una determinata malattia infettiva capace di diffondersi rapidamente attraverso vasti territori e continenti interessando più aree del mondo e può minacciare gran parte della popolazione mondiale. Le malattie responsabili di una pandemia sono ad alta trasmissibilità umana, spesso hanno avuto origine da gruppi di animali che hanno poi infettato l'uomo.

Per quanto riguarda le pandemie influenzali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito tre condizioni per individuarle:

- 1 Compare un nuovo agente patogeno
- 2 L'agente patogeno colpisce l'uomo causando gravi patologie
- 3 L'agente patogeno si diffonde rapidamente e con facilità tramite contagio.

In ogni caso l'evento pandemico si definisce tale solo in seguito a una dichiarazione ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il Presidente del Consiglio, su indicazione del Ministro della salute, ne fornirà comunicazione alla Nazione.

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

PERIODO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza e fino alla data indicata nel modulo di polizza.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale le garanzie sono operanti.

POLIZZA

Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA COLLETTIVA

Contratto di assicurazione stipulato da una Contraente costituita da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o un determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di Assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.

POLIZZA DI PURO RISCHIO

Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

POLIZZA MISTA

Contratto di assicurazione sulla vita che garantisce il pagamento di un capitale o di una rendita vitalizia se l'Assicurato è in vita alla scadenza prestabilita e, al tempo stesso, il pagamento di un capitale al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della

prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. La polizza è temporanea, perché prevede che il pagamento sia effettuato solo qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano nel corso della durata del contratto.

PREMIO COMPLESSIVO (O LORDO)

Importo complessivo da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

PREMIO DI TARIFFA

Somma del premio puro e dei caricamenti.

PREMIO PURO

Importo che la Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto.

PREMIO UNICO

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del Contratto.



PRESCRIZIONE

Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

PRESTAZIONE A SCADENZA

Pagamento al Beneficiario della prestazione assicurativa alla scadenza contrattuale.

PRESTAZIONE ASSICURATIVA (O SOMMA ASSICURATA)

Somma pagabile sotto forma di capitale che la Compagnia liquida al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

PRINCIPIO DI COERENZA

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

PRINCIPIO DI COERENZA

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dalla Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

PROROGA

Prolungamento del periodo di durata del contratto di assicurazione.

Q

QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO O SEMPLIFICATO)

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

QUIETANZA

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio.

Viene rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza); è costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di accredito alla Compagnia, oppure dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

R**RICORRENZA ANNUALE**

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

S**SCADENZA**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SET INFORMATIVO

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente alla Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

- DIP Vita
- DIP aggiuntivo Vita
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Polizza

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia.

SOMMA ASSICURATA

Somma di denaro garantita dalla Società in caso di sinistro.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio 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 professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

In questa prima parte vengono indicate le norme che regolano la copertura assicurativa

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, rivolto a persone giuridiche – aziende che manifestano la volontà di assicurare i propri dipendenti/collaboratori/amministratori in relazione al rischio di premorienza e Invalità totale e permanente (copertura TCM + ITP).

Art. 1 OGGETTO

L'assicurazione per il caso di morte e di invalidità totale e permanente è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, che garantisce, per la durata del contratto, la copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente degli Assicurati così come definita all'Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Tale assicurazione, in particolare, prevede la determinazione del capitale assicurato, per ogni testa assicurata, in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

Art. 2 PRESTAZIONI ASSICURATIVE

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione agli aventi diritto in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato sempreché l'Evento avvenga durante il periodo di validità contrattuale, **a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi e fermo comunque restando il periodo di carenza e le cause di esclusione di cui ai successivi Artt. 5 – PERIODO DI CARENZA e 6 - ESCLUSIONI.** L'importo del capitale assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati.

Art. 2.1 RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa (**fermo restando il periodo di carenza**

e le esclusioni di cui ai successivi Artt. 5 e 6) senza limiti territoriali.

2.1.1 PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

→ Il presente contratto di assicurazione garantisce, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.

2.1.2 PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI SOPRAVVIVENZA DELL'ASSICURATO.

→ Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2.2 RISCHIO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Fatte salve le cause di esclusione di cui al successivo Art. 6 - **ESCLUSIONI**, si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che per sopravvenuta infermità o per sopraggiunto difetto fisico o mentale, oggettivamente accertabile, abbia visto ridotta, in modo permanente ed a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini (invalidità superiore al 66%).

Ad esclusione della sola categoria dei Dirigenti alla quale non si applica quanto disposto al presente comma (fermo quanto previsto al successivo Art. 19 – CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - DIRIGENTI DI AZIENDE), per tutte le altre categorie professionali assicurabili l'invalidità totale e permanente indennizzabile ai fini del presente contratto deve avere comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento con la Contraente, ovvero con la società o l'ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto.

Resta inteso che in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro del Dirigente/Assicurato al quale sia stato già riconosciuto, in qualsiasi epoca, prima della sottoscrizione del contratto uno stato di invalidità permanente superiore ai 2/3, non sarà comunque operativa alcuna garanzia.

2.2.1 PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO.

→ Il presente contratto di assicurazione garantisce, in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.

Art. 3 SUICIDIO

In deroga a quanto previsto dall'articolo 1927 del Codice Civile, la garanzia comprende anche il rischio del suicidio se il fatto avviene dopo un anno dall'ingresso in assicurazione.

Qualora la sottoscrizione della polizza sia collegata ad un CCNL, ad un contratto integrativo aziendale o ad un accordo quadro, la copertura del rischio suicidio ha decorrenza immediata.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI - LIMITI DI ETÀ

La presente assicurazione è destinata ai Colletti Bianchi della Contraente e/o di eventuali società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti, senza accesso neppur occasionale a cantieri e senza attività manuale.

L'accettazione del rischio da parte della Compagnia dipende dall'attività professionale svolta.

L'assicurazione vale per le categorie professionali anzidette purché appartenenti ad aziende

industriali, società di servizi, commerciali ed enti pubblici.

Hanno, quindi, diritto alla copertura assicurativa di cui al presente contratto i soggetti sopra indicati purché inclusi in assicurazione dalla Contraente con le modalità previste all'Art. 7 – MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE.

Possono essere inclusi in copertura i suddetti soggetti aventi età compresa tra i 18 e i 75 anni.

L'età dell'Assicurato deve essere espressa in anni interi, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione. Qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età si determina considerando un anno in più.

La Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

SEZIONE 2

LIMITAZIONI, CARENZE, ESCLUSIONI

Art. 5 PERIODO DI CARENZA



Limitatamente alla garanzia relativa al caso di morte, è previsto un periodo di carenza di 4 anni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva o dall'eventuale aumento della prestazione, nel caso in cui l'Assicurato abbia rifiutato di sottoporsi ad accertamenti sanitari, quando richiesti, ed il decesso sia dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività – da HIV o AIDS e patologie collegate. In caso di morte 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.

L'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test su l'HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Art. 6 ESCLUSIONI



Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione della copertura assicurativa;
- incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- pandemia;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, di medicine in dosi non prescritte dal medico, stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato;
- radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e

ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

Si intende, inoltre, esclusa la liquidazione del capitale assicurato e/o dell'eventuale aumento dello stesso, nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente presso l'Ente Previdenziale obbligatorio di appartenenza e/o altre Compagnie di Assicurazione e/o alla Compagnia, prima dell'entrata in vigore del presente contratto o della data di richiesta di aumento del capitale.

SEZIONE 3

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

Art. 7 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI

La copertura assicurativa decorre dalla data indicata in polizza, fermo restando l'effetto per le singole teste assicurate dalla data di entrata in copertura, ed è subordinata:

- alla presentazione della dichiarazione di assenso scritto dell'Assicurato a stipulare un'assicurazione sulla vita dell'Assicurato stesso per il caso di morte qualora il contratto non sia stato stipulato in adempimento di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero di Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali noti all'Assicurato;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato nel successivo Art. 11 – DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI, a condizione che tale esito sia stato reso noto alla Compagnia, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di una apposita Appendice;
- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'ingresso in Assicurazione;
- al pagamento del premio, fermo restando quanto previsto al successivo Art. 15 – PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

In sede di instaurazione del rapporto assicurativo stipulato con controparti in virtù di accordi collettivi, la Contraente, qualora gli accordi prevedano che l'onere del pagamento del premio ricada (anche solo in quota parte) su ciascun soggetto assicurato, dichiara di rappresentare anche questi ultimi nell'esecuzione del singolo rapporto.

La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
- consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione;
- sottoporre l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia e raccogliere il relativo consenso al trattamento dei dati personali.

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nell'Assicurazione collettiva e per il pagamento delle prestazioni

assicurative.

La Contraente dovrà anche comunicare alla Compagnia – per consentire l'esatta valutazione dei rischi - l'esistenza di ogni altra Assicurazione sulla vita e sugli infortuni degli Assicurati, stipulata dalla stessa Contraente (e/o dalle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) o di cui la Contraente (e/o le società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) fosse a conoscenza.

La Compagnia terrà conto di tali eventuali altre Assicurazioni stipulate per l'individuazione della somma assicurata complessiva per la valutazione degli accertamenti sanitari richiesti.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione, la Contraente dovrà comunicare, per il conseguente rinnovo, le eventuali modifiche intervenute relative agli elenchi degli Assicurati della Contraente medesima (e/o delle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato in conformità al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria ovvero al Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore.

Art. 8 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Per Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio in proporzione alla durata della copertura.

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza e avrà scadenza alle ore 00.00 del giorno indicato in polizza, rinnovandosi di anno in anno ai sensi del successivo Art. 22 – DURATA DEL CONTRATTO.

Art. 9 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte e dall'invalidità totale permanente, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto al netto dell'importo fisso di € 1,50.

Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia. **La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 00.00 del giorno di esclusione dall'Assicurazione del singolo Assicurato.**

L'uscita degli Assicurati deve essere comunque richiesta dalla Contraente anche in caso di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi in essere tra la Contraente (e/o società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e gli Assicurati. In tale ipotesi, la garanzia assicurativa cesserà a decorrere dalla data di efficacia della risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarico.

Art. 10 CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 00:00:

- della data di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi in essere tra la Contraente (e/o società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e gli Assicurati;
- della data di mancato rinnovo dell'assicurazione collettiva in oggetto come previsto all'Art. 22 – DURATA DEL CONTRATTO;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o

- invalidità totale permanente relativamente alla posizione dei singoli Assicurati.
- della ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato.

SEZIONE 4

DOCUMENTAZIONE SANITARIA, ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI

Art. 11 DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI

Ai fini della copertura assicurativa è previsto il **preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato nella tabella che segue.**

Importo complessivamente assicurato in capo al singolo Assicurato	Accertamenti sanitari richiesti
per capitali da € 0,00 a € 300.000,00	senza presentazione di alcun accertamento di carattere sanitario e indipendentemente dalle attività praticate dal singolo Assicurato
Per capitali da € 300.000,01 a € 400.000,00	attraverso la compilazione da parte degli Assicurati di un apposito questionario semplificato concernente il loro stato di salute fornito dalla Compagnia
per capitali superiori a € 400.000,00	dopo l'effettuazione delle visite mediche e degli eventuali esami clinici previsti e la compilazione da parte dell'Assicurato del questionario sanitario. Tale documentazione verrà fornita dalla Compagnia

Per capitali assicurati superiori a € 300.000,00, anche a seguito di aumenti del capitale assicurato per assicurazioni già in essere, **l'Assicurato dovrà sempre sottoporsi agli accertamenti sanitari sopra previsti, presso il suo medico di fiducia, per l'eventuale applicazione di sovrappremi sanitari, professionali e sportivi.**

Per rischi provenienti da altre Compagnie, l'assicurazione prevede un'assunzione diretta dei soggetti già assicurati, previa consegna della polizza sottoscritta con la precedente Compagnia, con le seguenti modalità:

- **laddove esistenti, saranno mantenute le tarature dei rischi già applicate;**
- **sui nuovi ingressi varranno le modalità di cui sopra.**

La Compagnia si riserva comunque – anche in relazione alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati ed all'entità dei capitali – il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati, **il cui onere resta a totale carico dell'Assicurato che si rivolge per gli accertamenti sanitari richiesti presso il suo medico di fiducia**, verranno – di norma – considerati validi per cinque anni, a decorrere dalla data di ingresso in assicurazione. Qualora la Compagnia ritenesse di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Assicurato, sarà tenuta a comunicarlo immediatamente alla Contraente.

In relazione alle prestazioni previste dal presente contratto, qualora sia richiesta la compilazione

di documentazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato (ivi inclusi il questionario semplificato concernente lo stato di salute dell'Assicurato ed il questionario sanitario), la Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

1. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
2. prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
3. anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Art. 12 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

La Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE/ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando alla Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, quando previsto, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE/ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, **salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.**

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI E PREMI DI ASSICURAZIONE

Art. 13 BENEFICIARI

Beneficiari delle prestazioni assicurative sono i soggetti indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero dai Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

In assenza di specifiche previsioni in tal senso:

- in caso di invalidità totale e permanente, Beneficiario è l'Assicurato medesimo;
- in caso di decesso, i Beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

L'Assicurato designa i Beneficiari per le prestazioni assicurative in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio, e le sue eventuali revoche o modifiche, devono essere comunicate per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., inviando una fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato, o fatte per testamento. Tali modifiche diventano efficaci dal momento in cui Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. ne è venuta a conoscenza.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Art. 14 PREMI DI ASSICURAZIONE

Il premio, dovuto dalla Contraente per ciascun Assicurato ed all'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato, secondo la tariffa per il contratto di assicurazione collettiva temporanea mono - annuale per il caso di morte ed invalidità totale e permanente – tariffa T127 – a cui vanno aggiunti i diritti di polizza di € 25,00.

Il premio per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta e l'importo del capitale assicurato.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio, al netto dei diritti fissi di € 1,50 previsti per ogni Assicurato, in proporzione alla durata della copertura; all'importo del premio così ottenuto verrà poi aggiunto un diritto fisso di € 1,50 per ogni Assicurato.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

Art. 15 PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE



La Contraente è tenuta a pagare il premio unico, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura “Polizza vita”, il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l’importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall’Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
- bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura “Polizza vita”, il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l’importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall’Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: “Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione”.

Salvo diversi accordi scritti fra le parti, il premio deve essere pagato alla consegna della polizza o di sua eventuale Appendice per l’inserimento di teste assicurate, nella quale sarà evidenziata la data di pagamento e le modalità dello stesso. Copia di tali documenti dovrà essere restituita controfirmata alla Compagnia.

Per i pagamenti successivi al primo è concesso il termine di tolleranza fino a 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione della copertura assicurativa con riferimento od all’intera garanzia se si tratta del premio da pagarsi a ricorrenze annuali o con riferimento alla garanzia relativa a determinate teste assicurate ove il mancato pagamento si riferisca ad un’appendice ed in tal caso l’avviso sarà inviato anche a detti soggetti da parte della Contraente che si impegna quindi a comunicarlo agli Assicurati.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto.

Art. 16 DOCUMENTI PRODOTTI DALLA COMPAGNIA

La Compagnia rilascerà alla Contraente in occasione di ciascun versamento - e per ciascuna delle eventuali società od enti alla stessa raggruppati, associati, convenzionati o iscritti - una Appendice relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata dall’Elenco degli Assicurati, facente parte integrante del presente contratto, nel quale saranno elencati gli Assicurati, i relativi capitali, i premi e la durata della garanzia.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati in tale elenco dovranno essere comunicati alla Compagnia tempestivamente e, comunque, entro 60 giorni dalla data di ricevimento per le opportune rettifiche.

SEZIONE 6

COSA FARE IN CASO DI EVENTO, MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E DURATA CONTRATTUALE

Art. 17 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI DECESSO

Per ottenere la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare gli aventi diritto.

Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato" allegato 1 al presente contratto.

Maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvederà a eseguire i pagamenti.

Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, **al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

Art. 18 CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - ACCERTAMENTO AUTONOMO

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o la società ed ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, contattando la Compagnia entro 30 giorni dalla data dell'Evento, secondo quanto previsto al successivo Art. 20 – MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE SINISTRI.

In tali casi, la Compagnia avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegnerà ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.

A richiesta della Compagnia, la Contraente e l'Assicurato sono tenuti:

- **a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;**
- **a fornire la documentazione che dalla Compagnia fosse ritenuta opportuna per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato" allegato 2 al presente contratto.**

Dalla data del timbro postale della raccomandata di denuncia della presunta invalidità, la Compagnia si impegna a mantenere comunque in vigore, anche in fase di rinnovo, le garanzie di cui al presente contratto relative alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità, dietro corresponsione del relativo premio da parte della Contraente; se l'invalidità permanente verrà riconosciuta dalla Compagnia, l'obbligo al pagamento del premio cesserà definitivamente e la Compagnia si impegna a restituire alla Contraente un importo pari al premio eventualmente pagato successivamente alla data di denuncia; se l'invalidità non verrà invece

riconosciuta, la copertura assicurativa continuerà ad essere prestata alle presenti condizioni.

La Compagnia si riserva di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Il decesso dell'Assicurato – così come il riconoscimento dell'invalidità derivante da altra causa - intervenuto durante l'accertamento equivale all'avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità da parte della Compagnia.

Previa consegna della relativa quietanza controfirmata e dal ricevimento della documentazione completa, la Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro i successivi 30 giorni.

Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, **al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Art. 19 CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - DIRIGENTI DI AZIENDE

Limitatamente alla categoria dei Dirigenti ed ai capitali previsti dagli obblighi di C.C.N.L., verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o la società ed ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, contattando la Compagnia entro 30 giorni dalla data dell'evento, secondo quanto previsto al successivo Art. 22 – DURATA DEL CONTRATTO.

In tali casi la Compagnia assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità totale e permanente così come formulato:

- 1. dall'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento di invalidità;**
- 2. dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.**

Il riconoscimento di tale diritto deve essere comunque conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione con la Contraente, ovvero con la società o l'ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto.

Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, verrà comunque corrisposta, contestualmente all'esito di tale riconoscimento, la somma assicurata dalla polizza.

Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Resta inteso che per la parte di capitale assicurato che eccede i suddetti limiti di C.C.N.L. si applicheranno in ogni caso le condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente previste tramite accertamento autonomo da parte della Compagnia ed esplicitate all'Art. 18 – CONDIZIONI DI DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE - ACCERTAMENTO AUTONOMO.

Art. 20 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE SINISTRI

Per attivare la procedura di liquidazione delle prestazioni previste in polizza, la denuncia deve essere resa per iscritto tramite e-mail al seguente indirizzo sinistricollettivevita@cattolicaassicurazioni.it oppure lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita - Gestione Portafoglio - Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano.

A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Compagnia si attiverà la relativa procedura di accertamento.

Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare la Compagnia, si invita a prendere nota dei seguenti dati:

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
- nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa e riportate negli allegati moduli di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso e di invalidità totale e permanente.

Art. 21 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione è estesa anche al sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dalla stessa Contraente con la Compagnia. In tali casi la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro, con il massimo di € 2.000.000,00 per singolo Assicurato e a € 12.000.000,00 per singolo evento. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

Art. 22 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione collettiva temporanea mono - annuale per il caso di morte ed invalidità totale e permanente – tariffa T127 – ha una durata di un anno e si rinnova, alla scadenza, di anno in anno, soltanto in presenza di volontà espressa dalla Contraente mediante apposita comunicazione scritta inviata alla Compagnia all'indirizzo di posta elettronica GestioneCollettiveVita@cattolicaassicurazioni.it da effettuarsi entro la data di scadenza. In assenza di tale comunicazione il contratto cessa alle ore 00:00 della data di scadenza.

Unitamente alla comunicazione di rinnovo, la Contraente deve inviare alla Compagnia la documentazione richiesta.

Resto fermo in ogni caso il diritto della Compagnia di non rinnovare il contratto, e di farne quindi cessare gli effetti alla scadenza, comunicandolo alla Contraente mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima dalla scadenza.

Resto inteso che eventuali modifiche stabilite dalla normativa vigente alle presenti condizioni troveranno automatica applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione, successivamente alla data delle modifiche.

SEZIONE 7

LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E CONFLITTO D'INTERESSI

Art. 23 COLLEGIO ARBITRALE

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Compagnia, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di delegare - con lettera raccomandata A/R spedita alla Direzione della Compagnia - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Compagnia, l'altro dalla Contraente o dall'Assicurato e il terzo scelto di comune accordo dai medici incaricati e in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso la Compagnia può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo riservandosi di agire per la restituzione qualora l'accertamento definitivo determini la carenza delle condizioni per la liquidazione della prestazione.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, assumendo valore di convenzione.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in duplice esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 24 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui la Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 25 CONFLITTO DI INTERESSI

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.cattolica.it.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi della Contraente.

Art. 26 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 Cod. Civ.

In caso di trasferimento della sede/domicilio del Contraente o dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il

rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

Art. 27 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 28 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 29 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune
- Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi
- Copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale o in clinica privata
- In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia
- Copia dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile
- Copia autenticata dell'eventuale ultimo testamento valido e non impugnato
- Per capitali non superiori a € 100.000,00, dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento (completa, se sono beneficiari gli eredi legittimi, delle loro generalità e del grado di parentela)
- Per capitali superiori a € 100.000,00, atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento (completa, se sono beneficiari gli eredi legittimi, delle loro generalità e del grado di parentela)
- Autorizzazione del Giudice Tutelare sulla riscossione del capitale, se i beneficiari sono minori od incapaci
- Fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità valido dell'avente diritto
- IBAN del conto corrente bancario dei beneficiari (solo per pagamenti tramite

	<p>bonifico)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario• Modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela compilato e sottoscritto dagli aventi diritto• Stato di famiglia dell'Assicurato• La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).
--	--

ALLEGATO 2

**MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DEL
CAPITALE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE
DELL'ASSICURATO**

DOCUMENTI DA ALLEGARE	<p>Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, l'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviare alla Compagnia copia delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria utile ad attestare lo stato d'invalidità • Inviare alla Compagnia un certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o dell'infortunio che ha prodotto l'invalidità • Sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali la Compagnia credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni • Sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati • In caso di invalidità permanente per malattia, fornire alla Compagnia certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia • Per i soli dirigenti di aziende industriali, in caso di invalidità e se previsto dalle condizioni contrattuali, fornire copia della dichiarazione INPS attestante il diritto all'assegno ordinario d'invalidità • Inviare fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità valido dell'avente/i diritto • IBAN del conto corrente bancario dei beneficiari (solo per pagamenti tramite bonifico) • Inviare fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario • Inviare modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela compilato e sottoscritto dagli aventi diritto <p>La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi</p>
------------------------------	---

	<p>aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).</p>
--	--

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA MONO - ANNUALE PER IL CASO DI MORTE ED
INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Modulo di polizza

Agenzia Utente Codice prodotto Rischio comune con polizza Sostituisce polizza	Codice convenzione	Numero polizza Data polizza Codice tariffa	T127
---	--------------------	--	-------------

CONTRAENTE

Ragione sociale	Partita IVA
Indirizzo	Ramo attività
Comune	Settore
C.A.P.	Nazione
Provincia	

ASSOCIATO

Ragione sociale	Partita IVA
Indirizzo	Ramo attività
Comune	Settore
C.A.P.	Nazione
Provincia	

ASSICURATI

Soggetti indicati nell'elenco allegato composto da ___ fogli

DATI TECNICI DI POLIZZA

Garanzie:	morte e invalidità totale e permanente	Esclusioni:	si rimanda all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.
Decorrenza - Data:	Ora: 00:00	Durata copertura in giorni	
Scadenza - Data	Ora: 00:00	Numero teste assicurate	
Premio complessivo		Tipo di premio	
Rata alla firma		Premio al netto dei diritti	
Capitale totale polizza		Diritti di polizza	
		Diritti fissi	

Luogo e data

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Lungadige Cangrande 16 - 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Assicurazioni Generali n. 01333550323 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA: Assicurazioni Generali S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

www.cattolica.it

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA:

- del Set Informativo;
- dell'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).

IL CONTRAENTE DICHIARA INOLTRE:

- di aver ricevuto il questionario per la valutazione della coerenza del contratto;
- di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 e successive modifiche.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Il Contraente si impegna a consegnare le Condizioni di Assicurazione ai singoli Assicurati all'ingresso in Assicurazione.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il Contraente approva espressamente e sottoscrive la seguente clausola: Art. 17 – Condizioni di denuncia in caso di decesso; Art. 18 – Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente – Accertamento autonomo; Art. 19 – Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente – Dirigenti di aziende; Art. 20 Modalità di liquidazione Sinistri; Art. 22 – Durata del contratto.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

La Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet, in seguito all'emanazione del Provvedimento IVASS n. 7 del 16/07/2013, un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, nonché, qualora contrattualmente previsti tali dati, lo stato dei pagamenti, le relative scadenze, i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate. Potrà richiedere le credenziali per l'accesso all'area a Lei riservata (home insurance) secondo le modalità pubblicate nella Home Page del sito internet della Compagnia.

AVVERTENZE

Nell'ipotesi in cui, in relazione alle prestazioni previste dal presente contratto, sia richiesta la compilazione di documenti concernenti lo stato di salute dell'Assicurato (ivi inclusi il questionario semplificato concernente lo stato di salute e/o il questionario sanitario), il Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Luogo e data:

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio unico iniziale di Euro _____ deve essere effettuato tramite:

- bonifico bancario, bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato al "Nome Cognome (Ragione sociale) Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione.

L'Intermediario
(Firma leggibile)

Il Contraente
(timbro e firma leggibili)

Luogo e data: _____

FAC - SIMILE