



Pool Sasa Vita

Assicurazione Monoannuale di Gruppo Caso Morte/Caso Morte e Invalidità
Nota Informativa e Condizioni Contrattuali

NOTA INFORMATIVA – DESCRIZIONE DELLA TARIFFA

Il Pool Sasa Vita è la tariffa per le polizze collettive monoannuali di Gruppo. Questa forma di assicurazione viene offerta a condizioni particolarmente favorevoli grazie all'obbligatorietà di adesione (definita qui di seguito) ed è riservata ai Gruppi di Dirigenti, Funzionari, Quadri, Impiegati.

Su richiesta del Contraente e dietro accettazione della Società è possibile utilizzare questa tariffa anche per altri Gruppi omogenei quali ad esempio Amministratori, Consulenti, Atleti; in questo caso verrà fatta annotazione sull'originale di polizza o su apposita appendice.

I prodotti riservati ai Gruppi suindicati sono:

- TPM - copertura per il caso di morte;
- TPI - copertura per il caso di morte e invalidità permanente.

Il rischio di Invalidità è regolato dalle:

- **Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità permanente** per i *Dirigenti*
- **Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente** per i *Funzionari, Quadri, Impiegati e per tutte le altre tipologie di Gruppo*

Il pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario è garantito nel caso in cui il decesso, o l'invalidità permanente (quando prevista), avvenga prima della scadenza del contratto.

Poiché i Premi servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte e invalidità permanente, nulla è dovuto dalla Società nel caso in cui l'evento assicurato non accada entro la scadenza del contratto.

Il Premio dovuto è ricalcolato ad ogni ricorrenza annua in base all'età (arrotondata) raggiunta da ciascun Assicurato ed all'ammontare dei capitali assicurati.

L'età massima di ogni Assicurato non può essere, al momento della sottoscrizione o della ricorrenza annua, superiore ai 75 anni (70 anni per la copertura di invalidità).

Definizione di Gruppo

Si definisce Gruppo ogni insieme di Assicurati omogenei, indipendentemente dal numero di persone da cui è composto, per i quali l'assicurazione deve essere:

- **obbligatoria:** almeno l'85% dei componenti il Gruppo deve aderire alla Polizza;
- **uniforme:** tutti gli assicurati devono essere coperti dalla medesima tipologia di rischio;
- **indipendente dalla volontà di ognuno:** i capitali assicurati devono essere uguali per tutti, oppure definiti in maniera oggettiva (legati allo stipendio annuo, all'anzianità di servizio, ecc.).

Nel caso in cui il Gruppo da assicurare sia per sua natura composto da soggetti la cui attività sportiva o professionale sia particolarmente rischiosa, la Società si riserva il diritto di applicare tassi di Premio superiori a quelli normalmente adottati.

TERMINOLOGIA GENERALE

Soggetti

SOCIETA'

la Compagnia di Assicurazioni, Sasa Vita S.p.A.

PUNTO VENDITA

persona fisica o giuridica che promuove la conclusione di contratti di assicurazione e cura i rapporti con i Clienti.

ISVAP

è l'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, l'organo preposto alla vigilanza e controllo da parte del Ministero dell'Industria Commercio e Artigianato.

CONTRAENTE

persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e ne assume diritti ed obblighi.

ASSICURATO

persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione.

BENEFICIARIO

persona fisica o giuridica a cui spettano le prestazioni previste dall'assicurazione.

Prestazioni

TARIFFA

è l'insieme delle modalità contrattuali secondo le quali è regolato il Contratto di Assicurazione.

CAPITALE CASO MORTE

è l'importo immediatamente liquidato ai Beneficiari designati.

CAPITALE CASO INVALIDITA' PERMANENTE

è l'importo immediatamente liquidato ai Beneficiari designati in caso di riconoscimento dell'invalidità dell'Assicurato.

DURATA DELLA POLIZZA

La polizza ha durata monoannuale ed ha effetto dalle ore 24 della data di decorrenza fino alle ore 24 di quella di scadenza, durante il quale la copertura assicurativa prevista dal contratto è in vigore. Questo periodo è denominato Anno Assicurativo.

Premi

PREMIO UNICO

è l'ammontare dovuto alla Società, all'inizio del contratto ed in unica soluzione, per garantirsi la prestazione indicata in Polizza. Il Premio unico, per sua natura, non è frazionabile.

PREMIO UNICO PER NUOVI ENTRATI

in caso di nuovi entrati durante l'Anno Assicurativo, per garantire la prestazione indicata in Polizza, sarà dovuto un importo di Premio pari al Premio unico annuo rapportato al periodo che intercorre tra la sua entrata ed il prossimo anniversario di polizza.

RIMBORSO DI PREMIO PER USCITI IN CORSO D'ANNO

in caso di uscite durante l'Anno Assicurativo, verrà rimborsato al Contraente un importo pari al Premio netto unico annuo rapportato al periodo che intercorre tra la sua uscita ed il prossimo l'anniversario di polizza.

PREMIO NETTO

è il Premio dovuto al netto di eventuali diritti e sovrappremi.

PREMIO LORDO

è il Premio dovuto comprensivo di eventuali diritti e sovrappremi.

CARICAMENTO

è la parte del Premio destinata alla copertura delle spese di intermediazione, amministrazione e gestione del contratto sostenute dalla Società.

Vicende Contrattuali

ANNIVERSARIO DI POLIZZA

ricorre annualmente dalla data di decorrenza del contratto. E' l'istante in cui avviene il rinnovo del contratto per il nuovo Anno Assicurativo per gli Assicurati presenti nel Gruppo a quella data.

Documentazione

POLIZZA

è la prova scritta del contratto di assicurazione.

CONDIZIONI CONTRATTUALI

corpo di articoli che disciplina il contratto di assicurazione, integrato da eventuali Appendici.

APPENDICE ELENCO GENERALE

ad ogni anniversario di polizza, è il documento che indica in dettaglio tutti gli Assicurati per i quali viene pagato il Premio.

APPENDICE

documento che attesta ogni accordo particolare sopravvenuto a seguito della stipula oppure ogni variazione delle condizioni del contratto.

INFORMAZIONI UTILI

Tali informazioni sono fornite nel rispetto della Circolare n. 249 dell'ISVAP.

Informazioni relative alla Società

La Sasa Vita S.p.A., autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con provvedimento ISVAP n. 405 del 29.11.1996, G.U. del 7.12.1996 n.287, ha Sede Legale e Direzione Generale in Trieste, Riva Tommaso Gulli n. 12.

Lingua utilizzabile e legislazione applicabile

Il contratto è redatto in lingua italiana. La Società, in caso di scelta di una diversa lingua di redazione, propone quella da utilizzare.

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono concordare una diversa legislazione ed in tal caso la Società proporrà quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

Modalità di assunzione

Per l'emissione della Polizza collettiva è necessaria la presentazione da parte del Contraente della SCHEDA ANTIRICICLAGGIO debitamente compilata dal Legale Rappresentante del Contraente, come previsto dall'Art. 13 L. 6.2.1980 n. 15 (sostituito dall'Art. 2 L. 5.7.91 n. 197).

Modalità di versamento dei Premi

I Premi potranno essere versati alla Società presso il Punto Vendita, ovvero ad un incaricato dello stesso. Viene sempre rilasciata quietanza dell'avvenuto pagamento.

Informazioni sui Premi

E' diritto del Contraente chiedere al Punto Vendita delucidazioni circa gli elementi che concorrono a formare il Premio. In particolare, sarà possibile richiedere l'indicazione dei caricamenti che la Società applica per sostenere i costi di acquisizione e amministrazione del contratto.

Il Premio viene calcolato a seconda del tipo e dell'ammontare della prestazione assicurata. Concorrono alla determinazione del Premio la durata dell'assicurazione (nel caso di entrate in corso d'anno) e l'età attuariale di ogni Assicurato. Inoltre, il Premio viene determinato anche dalle condizioni di salute e dalle abitudini di vita di ogni Assicurato qualora sia prevista una particolare procedura di selezione del rischio (Questionario Individuale, Visita Medica, ecc.).

Informazioni sulle dichiarazioni fornite alla Società

Al fine di evitare legittime contestazioni da parte della Società al momento del pagamento delle prestazioni assicurate, è necessario che il Contraente e l'Assicurato forniscano, all'atto della richiesta di emissione del contratto, dichiarazioni esatte e complete (come previsto dagli Artt. 1892, 1893 del Codice Civile).

Indicazioni generali relative al regime legale e fiscale

PIGNORABILITA' E SEQUESTABILITA'

ai sensi dell'Art. 1923 C.C. le prestazioni erogate dalla Società relative a contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

ai sensi dell'Art. 1920 C.C. per effetto della designazione il Beneficiario acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Le somme corrisposte in seguito al decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

i capitali corrisposti a seguito del decesso o dell'invalidità sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni, ma costituiscono reddito per i Beneficiari che le percepiscono nell'esercizio di attività commerciali.

Regole relative all'esame dei reclami

Ai sensi della Circolare ISVAP n. 518/d del 21/11/03, si precisa che eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

SASA VITA S.p.A.
c/o FONDIARIA – SAI S.p.A.
Direzione Relazioni Esterne e Comunicazione - Servizio Clienti
Via Lorenzo il Magnifico, 1 - 50129 FIRENZE
Fax: 0554792044
e-mail: reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 ROMA, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi della Legge 31 Dicembre 1996 n. 675

La Società informa, ai sensi dell'Art. 10 della Legge 31 Dicembre 1996 n. 675, che i dati personali richiesti prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti in corso di contratto:

- sono essenziali ai fini dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto;

- saranno trattati esclusivamente ai predetti fini, nonché ad ogni altro scopo inerente l'attività della Società e consentito dai Decreti Legislativi 17 marzo 1995 n. 174, n. 175;
- saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti anche con l'ausilio di mezzi elettronici e comunque automatizzati;
- non saranno soggetti a diffusione e saranno comunicati esclusivamente a:
 - incaricati della Società e soggetti espressamente preposti dalla stessa al trattamento;
 - medici;
 - consulenti tecnici;
 - coassicuratori;
 - riassicuratori;
 - Enti Pubblici consortili o associativi per le finalità previste dalle norme vigenti.

La Società informa inoltre che:

- la mancata comunicazione dei dati personali richiesti prima della conclusione del contratto comporta la non assunzione del rischio; in corso di contratto incide sulle prestazioni dovute dalla Società;
 - ogni soggetto interessato al trattamento di dati personali che lo riguardano gode dei diritti di cui all'Art. 13 della citata Legge;
- titolare del trattamento dei dati è la Società stessa.

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 - Disciplina del contratto

La tariffa è disciplinata esclusivamente:

- dagli Articoli seguenti;
- dal Documento di Polizza e dalle Appendici;
- dalle Disposizioni Legislative in materia.

Art. 2 - Impegni della Società

Contro il regolare pagamento del Premio, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato in caso di morte o invalidità permanente (quando prevista) del singolo Assicurato durante il periodo di durata contrattuale.

Il rischio di invalidità è regolato dalle:

- Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità permanente - *Dirigenti*;
- Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente - *Funzionari, Quadri, Impiegati e per tutte le altre tipologie di Gruppo*.

Con il riconoscimento dell'invalidità e la conseguente liquidazione del capitale, l'assicurazione si estingue e nulla è più dovuto ai Beneficiari in caso di decesso successivo dell'Assicurato.

I capitali assicurati sono quelli indicati nell'Appendice Elenco Generale.

Art. 3 - Impegni del Contraente

Il Contraente si impegna ad assicurare presso la Società tutti e soltanto i componenti il Gruppo, attuali e futuri, aventi età non superiore a 75 anni (70 anni per il rischio di invalidità).

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete (Codice Civile, artt. 1892, 1893).

Il Contraente deve provvedere a far sottoscrivere agli Assicurandi un'apposita dichiarazione di presa conoscenza ed assenso all'assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Art. 4 - Prestazioni della Società

Al fine di consentire il pagamento da parte della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- consentire alla Società di effettuare i dovuti accertamenti;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

In particolare devono essere consegnati:

- una relazione medica dettagliata sulle cause di morte redatta o tradotta in lingua italiana;
- il certificato di morte dell'Assicurato;
- l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

La Società esegue i pagamenti dovuti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione necessaria. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Art. 5 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, compreso il decesso dovuto a suicidio, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo il caso in cui il cambiamento sia tale da non permettere all'Assicurato di continuare a far parte del Gruppo.

Esclusioni

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad attività dolose;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, soltanto alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata nel momento del decesso.

Art. 6 - Premio

Le Prestazioni assicurate sono garantite a condizione che il Contraente paghi regolarmente alla Società il Premio da versarsi in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

Il Premio annuo di assicurazione per ogni Assicurato è determinato all'inizio di ciascun Anno Assicurativo in base al tipo di copertura (solo morte o morte e invalidità), ai tassi di Premio nell'Anno Assicurativo, all'età degli Assicurati, al valore dei capitali assicurati nonché al risultato delle eventuali procedure di selezione del rischio (vedi Tassi di Premio e condizioni di sottoscrizione).

Art. 7 – Dati occorrenti per l'emissione dell'Appendice Elenco Generale

Per l'emissione dell'Appendice Elenco Generale, la Società necessita per ogni singolo Assicurato di:

- nome, cognome e data di nascita;
- data di entrata nel Gruppo se l'inserimento in assicurazione avviene nel corso dell'anno assicurativo;
- capitale assicurato.

Art. 8 - Decorrenza e durata della garanzia

L'Assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza, a condizione che sia stato pagato il Premio e che la Società abbia rilasciato la Polizza.

L'Anno Assicurativo ha una durata di un anno a partire dalle ore 24 della data di decorrenza.

All'inizio di ciascun Anno Assicurativo viene emessa l'Appendice Elenco Generale, nella quale vengono inclusi tutti gli Assicurati che, a tale epoca, fanno parte del Gruppo.

Entrate in corso d'anno

Per gli Assicurati che entrano a far parte del Gruppo durante l'Anno Assicurativo, il Contraente è tenuto a segnalare alla Società le nuove entrate entro 30 giorni dall'assunzione. Per questi Assicurati viene emessa un'Appendice che decorre dalle ore 24 del giorno di entrata nel Gruppo, ed ha durata pari alla frazione di anno (rateo) mancante alla scadenza dell'Anno Assicurativo. L'entrata in copertura assicurativa è subordinata a quanto disposto dalle Procedure di Sottoscrizione - Analisi del Rischio. Contestualmente, deve essere versato il Premio, riportato nell'Appendice stessa, pari a quello annuo corrispondente all'età, rapportato al periodo di copertura. Gli Assicurati "nuovi entrati" verranno automaticamente inclusi nell'Appendice Elenco Generale in occasione del prossimo rinnovo annuale.

Uscite in corso d'anno

Per gli Assicurati che escono dal Gruppo durante l'Anno Assicurativo, il Contraente è tenuto a segnalare alla Società le uscite entro 30 giorni. Per questi Assicurati viene rimborsato il Premio pagato e non goduto, pari al Premio annuo versato rapportato alla frazione di anno mancante alla scadenza dell'Anno Assicurativo. Tale rimborso viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta segnalazione, accompagnato da apposita Appendice.

Art. 9 - Cessazione della garanzia

Gli effetti della copertura assicurativa relativa al singolo Assicurato cessano per:

- SCADENZA: al termine di ciascun Anno Assicurativo;
- SINISTRO: al verificarsi dell'evento assicurato (morte o invalidità);
- RIMBORSO: all'uscita dal Gruppo.

In questi casi nulla è più dovuto dalla Società.

Art. 10 - Tacito rinnovo e preavviso di disdetta

La polizza collettiva si rinnova automaticamente alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

È comunque facoltà del Contraente disdettare il contratto tramite lettera raccomandata a/r almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo.

Art. 11 - Rivedibilità dei Tassi di Premio

La Società si riserva la facoltà di rivedere i Tassi di Premio in qualsiasi momento lo ritenga opportuno.

I nuovi tassi verranno applicati alla polizza collettiva in occasione della scadenza successiva, nel qual caso è facoltà del Contraente disdettare il rinnovo senza preavviso alcuno.

Art. 12 - Contraenza e beneficio dei contratti

Il Contraente dell'assicurazione è la figura che provvede al pagamento dei Premi.

Il capitale assicurato viene liquidato ai Beneficiari designati ed indicati nel documento di Polizza o in un'apposita Appendice. In caso di mancata designazione esplicita:

- in caso di decesso i Beneficiari sono gli Eredi Legittimi e/o Testamentari;
- in caso di invalidità il Beneficiario è l'Assicurato stesso.

Le eventuali revoche o modifiche di designazione di beneficio, salvo quelle disposte per testamento, debbono essere comunicate per iscritto alla Società che emette apposita Appendice.

Art. 13 - Duplicato di Polizza

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'originale di Polizza, il Contraente o gli aventi diritto, possono ottenere dalla Società, previa richiesta scritta, un duplicato a proprie spese e responsabilità.

Art. 14 - Tasse e imposte

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

CONDIZIONI REGOLANTI LA COPERTURA DEL RISCHIO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DIRIGENTI

a) Definizione di invalidità permanente

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato al quale l'Istituto Nazionale di Previdenza per i Dirigenti di Aziende Industriali (INPDAl) abbia riconosciuto il diritto alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario di invalidità ed il cui stato non consenta la prosecuzione del rapporto di lavoro.

Qualora 12 mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'INPDAl non avesse ancora riconosciuto o negato il diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi 2 mesi e sempreché l'INPDAl non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Società di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente e del relativo grado. Una volta esercitata questa facoltà resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento INPDAl, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società e Assicurato.

Qualora non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini della pensione INPDAl, l'Assicurato potrà richiedere alla Società l'avviamento dell'autonoma procedura di accertamento dell'invalidità (con eventuale costituzione di apposito collegio medico), ovviamente senza attribuire alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva INPDAl.

Ai fini dell'autonoma procedura di accertamento dell'invalidità permanente, si considera invalido permanente l'Assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale non dipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili a meno di un terzo ed il cui stato non consenta la prosecuzione del rapporto di lavoro.

b) Esclusioni dall'assicurazione

Dalla copertura sono esclusi i casi di invalidità che si verifichino dopo il settantesimo anno di età dell'Assicurato e quelli derivanti da: malattie contratte o ferite riportate per cause di guerra; uso di mezzi aerei di locomozione, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, a condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari.

Dalla copertura di invalidità sono esclusi gli Assicurati ai quali, alla data di decorrenza del contratto, lo stato di invalidità sia già stato riconosciuto dall'INPDAl, ovvero quei casi in cui a tale data sia già stata avviata la procedura per la richiesta di detto riconoscimento.

c) Denuncia dell'invalidità

Verificatasi l'invalidità, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata entro 3 mesi dall'evento, facendo pervenire successivamente alla Società a mezzo lettera raccomandata, per gli opportuni accertamenti, copia della dichiarazione INPDAl circa il diritto a conseguire l'assegno ordinario d'invalidità o la pensione di inabilità, nonché dichiarazione del Contraente circa la cessazione del rapporto di lavoro con l'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto alla Società di accertare in via autonoma l'invalidità permanente, lo stesso, per il tramite del Contraente deve far pervenire alla Società, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante e tutta l'ulteriore documentazione sanitaria medica disponibile, la dichiarazione del

Contraente circa la cessazione del rapporto di lavoro con l'Assicurato, nonché copia della domanda presentata all'INPDAI qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data della lettera raccomandata di cui sopra e si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

In caso di intervenuto decesso dell'Assicurato, la procedura di accertamento dell'invalidità si interrompe ed il contratto resta regolato unicamente dalle Condizioni Contrattuali che disciplinano l'assicurazione per il caso di morte dell'Assicurato.

Il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto inerente a questa assicurazione, è tenuto a continuare il regolare pagamento dei Premi fino al momento in cui l'invalidità verrà riconosciuta dalla Società.

Qualora il riconoscimento dell'invalidità avvenga durante l'Anno Assicurativo della denuncia d'invalidità, il Premio pagato dal Contraente rimarrà acquisito dalla Società.

Se invece il riconoscimento dell'invalidità avviene nell'Anno Assicurativo successivo a quello della denuncia d'invalidità, la Società rimborserà al Contraente il Premio pagato relativamente al periodo non goduto a partire dall'ultimo anniversario di polizza.

d) Pagamento del capitale assicurato

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

e) Arbitrato

Nel caso in cui, a seguito della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità di cui alla lettera a), l'invalidità non venga riconosciuta, il Contraente ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione della Società, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla medesima, la formazione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle parti.

In caso di mancato accordo entro 30 giorni dalla richiesta la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione il Contraente ha sede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile. Ciascuna delle parti pagherà le spese e le competenze del proprio arbitro e metà di quello del terzo.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il limite di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura. Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

CONDIZIONI REGOLANTI LA COPERTURA DEL RISCHIO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE FUNZIONARI, QUADRI, IMPIEGATI E PER TUTTE LE ALTRE TIPOLOGIE DI GRUPPO

a) Definizione di invalidità totale e permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita da parte dell'Assicurato, in modo totale e presumibilmente permanente, della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla specifica professione da lui esercitata, a condizione che la malattia o la lesione fisica che ha provocato l'invalidità non dipenda direttamente o indirettamente dalla sua volontà e sia accertabile obiettivamente.

b) Esclusioni dall'assicurazione

Dalla copertura sono esclusi i casi di invalidità che si verificano dopo il settantesimo anno di età dell'Assicurato e quelli derivanti da: malattie contratte o ferite riportate per cause di guerra, tentato suicidio, uso di mezzi aerei di locomozione, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di

passaggero su aeromobili, a condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari.

Dalla copertura di invalidità sono esclusi gli Assicurati ai quali, alla data di decorrenza del contratto, lo stato di invalidità sia già stato riconosciuto, ovvero quei casi in cui a tale data sia già stata avviata la procedura per la richiesta di detto riconoscimento.

c) Denuncia dell'invalidità e relativi accertamenti

Verificatasi l'invalidità l'Assicurato, per il tramite del Contraente, dovrà richiederne per iscritto, tramite lettera raccomandata, il riconoscimento alla Società, allegando un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha provocato l'invalidità.

Il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto inerente a questa assicurazione, è tenuto a continuare il regolare pagamento dei Premi fino al momento in cui l'invalidità verrà riconosciuta dalla Società.

Qualora il riconoscimento dell'invalidità avvenga nello stesso Anno Assicurativo della denuncia d'invalidità, il Premio pagato dal Contraente rimarrà acquisito dalla Società.

Se invece il riconoscimento dell'invalidità avviene nell'Anno Assicurativo successivo a quello della denuncia d'invalidità, la Società rimborserà al Contraente il Premio pagato relativamente al periodo non goduto.

d) Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato d'invalidità dell'Assicurato;
- a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che ha prodotto l'invalidità. La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Ultimati i controlli medici, la Società comunicherà per iscritto al Contraente se riconosce o meno lo stato di invalidità.

e) Pagamento del capitale assicurato

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

f) Arbitrato

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione della Società, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Società, la formazione di un Collegio Arbitrale composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle parti.

In caso di mancato accordo entro 30 giorni dalla richiesta la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione il Contraente ha sede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile. Ciascuna delle parti pagherà le spese e le competenze del proprio arbitro e metà di quello del terzo.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro il limite di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura. Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

PROCEDURE DI SOTTOSCRIZIONE Analisi del rischio	Numero assicurandi	Capitale in Euro		
		fino a 200.000	fino a 500.000	oltre 500.000 (*)
Già coperti da polizza collettiva analoga	-	accettazione automatica	Questionario Individuale	da concordare volta per volta
NON già coperti da polizza collettiva analoga	oltre 10	accettazione automatica	Questionario Individuale	da concordare volta per volta
NON già coperti da polizza collettiva analoga	fino a 10	Questionario Individuale	da concordare volta per volta	da concordare volta per volta

(*) N.B. il capitale massimo assicurabile per il caso di invalidità è fissato in Euro 500.000

