



Vittoria Assicurazioni

Vittoria Protezione Azienda Plus **Contratto di Assicurazione Collettiva Monoannuale per il Caso di Morte e** **di Invalidità Permanente** **(Tariffa 190Y)**

Condizioni di Assicurazione

Il presente documento contenente:

Condizioni di Assicurazione;
Glossario;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Convenzione.

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Vittoria Assicurazioni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (tar. 190Y)

Art. 1 – Oggetto del contratto

In caso di decesso dell'Assicurato, o di invalidità permanente, prima della scadenza contrattuale, Vittoria Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita Società), garantisce a favore dei Beneficiari designati il pagamento immediato del capitale assicurato in vigore alla data del decesso stesso o in caso di invalidità permanente.

La presente polizza collettiva Vita è stipulata da un Datore di lavoro in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro. Per tale motivo essa è soggetta alla Direttiva 2006/54/CE del 5 luglio 2006 del Parlamento europeo, e come tale è sottratta dall'applicazione delle regole unisex circa i tassi demografici. I tassi relativi agli Assicurati permangono differenziati per sesso (eccezione alla Direttiva 2004/113/CE c.d. "Gender Directive").

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della relativa copertura, questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Il presente contratto non ammette valore di riscatto.

Art. 2 – Capitale assicurato

Per ciascun Assicurato il capitale viene comunicato dalla Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo oppure all'atto della modifica del capitale da assicurare. I capitali assicurati sono stabiliti in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Nel caso di capitali assicurati:

- fino a 300.000,00 euro: non viene richiesto dalla Società alcun accertamento sanitario, ma unicamente la compilazione di un questionario medico semplificato relativo allo stato di salute dell'Assicurato;
- da 300.000,01 a 500.000,00 euro l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, e test HIV);
- da 500.000,01 a 1.000.000,00 euro l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e test HIV);
- oltre 1.000.000,01 l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e da sforzo HCV, HBsAg, test HIV e PSA (se l'età dell'Assicurato è maggiore di 45 anni).

La Società si riserva di richiedere ulteriori accertamenti rispetto a quelli sopra indicati, di rifiutare il rischio o di accettarlo applicando eventuali sovrappremi sanitari e/o sportivi.

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico della Contraente.

Art. 3 – Entrata in vigore e durata della copertura assicurativa

La copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato o di invalidità permanente dello stesso viene attivata con decorrenza coincidente con la data di decorrenza indicata in Polizza.

La copertura assicurativa entra in vigore con il pagamento del premio di cui all'Art. 6, e la sottoscrizione del Mandato di Adesione.

La copertura assicurativa ha durata monoannuale: tale copertura si rinnova ad ogni ricorrenza annuale successiva, ovvero alle ore 0.00 del giorno indicato in polizza quale data di decorrenza.

Per gli ingressi non coincidenti con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la copertura assicurativa entra in vigore alle ore 0.00 del giorno indicato nell'Appendice recante l'inserimento della nuova posizione assicurativa.

Art. 4 – Facoltà di revoca del contratto

Nella fase che precede la conclusione del contratto, la Contraente ha sempre la facoltà di revocare lo stesso senza l'addebito di alcun onere. L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte della Contraente apposita comunicazione scritta da far pervenire alla Società Quest'ultima, entro 30 giorni dal ricevimento di detta comunicazione, rimborsa alla Contraente il premio eventualmente corrisposto.

Art. 5 – Diritto di recesso dal contratto

La Contraente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

La conclusione del contratto coincide con l'entrata in vigore della copertura assicurativa, ossia il giorno indicato in Polizza. Il recesso ha l'effetto di liberare le parti da qualsiasi obbligazione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 6 – Pagamento del premio

A fronte del capitale assicurato di cui all'Art. 2, la Contraente è tenuta al pagamento, in via anticipata, di un premio unico determinato moltiplicando il capitale assicurato per il tasso di premio riferito all'età computabile dell'Assicurato alla data di decorrenza. Per età computabile si intende l'età, espressa in anni interi, compiuta all'ultimo compleanno. Qualora alla data di decorrenza siano trascorsi dall'ultimo compleanno sei mesi o più, l'età computabile viene aumentata di un anno. Nel caso di Assicurati di sesso femminile l'età alla decorrenza verrà ringiovanita di 2 anni, pur permanendo il limite minimo dell'età alla decorrenza (18 anni). La differenziazione per sessi è permessa dalla citata Direttiva 2006/54/CE del 5 luglio 2006.

Al valore così ottenuto viene quindi sommato un costo fisso di 1,00 euro.

L'importo di premio così ottenuto potrà essere aumentato dei sovrappremi sanitari e/o sportivi che la Società riterrà eventualmente necessari per il rilascio dell'assenso all'assunzione del rischio.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno dei ratei di premio ottenuti riducendo i premi sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Nel caso di uscite in corso di anno, non dipendenti dal decesso o dalla invalidità permanente dell'Assicurato, verrà rimborsato il rateo di premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio.

Art. 7 – Dichiarazioni dell'Assicurato

Decorso sei mesi dall'entrata in vigore della copertura assicurativa, quest'ultima è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dall'Assicurato e negli altri documenti eventualmente consegnati alla Società, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, e salvo la rettifica del capitale assicurato in base all'età dell'Assicurato qualora quella dichiarata risulti errata.

Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni

Il presente contratto assicura il rischio di morte qualunque possa esserne la causa, senza limitazioni territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- a) dolo dell'Assicurato;**
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- c) 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, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**

- d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) suicidio, se questo avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- f) AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o altra patologia ad essa collegata, se questo avviene nei primi 5 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Tale esclusione potrà essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente contratto, allo specifico test anti-HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

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

Nel caso in cui Assicurati siano Dirigenti Industriali ai quali viene applicato l'art. 12 del relativo CCNL, non si applica l'esclusione di cui alla lettera e) limitatamente al capitale previsto dal contratto stesso.

Art. 9 – Invalidità permanente

Art. 9.1 – Definizione

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempre che tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro.

Qualora la Polizza Collettiva sia stata stipulata in ottemperanza al vigente C.C.N.L. per i Dirigenti di Aziende Industriali, e che gli Assicurati di detta Collettiva rientrano in tale casistica, è da intendersi **derogata** la subordinazione del pagamento della prestazione a copertura della eventuale invalidità permanente dell'Assicurato alla perdita dell'impiego del medesimo presso la Contraente. In altri termini: l'invalidità permanente dell'Assicurato viene liquidata anche qualora detto evento non abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro; in tale caso, la relativa singola posizione assicurativa si estingue dopo il pagamento di detta prestazione.

Art. 9.2 – Esclusioni

E' escluso dalla garanzia l'invalidità causata dai punti a), b), c) di cui al precedente art. 8 e l'invalidità conseguente a tentativo di suicidio.

Viene inoltre esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verificano dopo il settantesimo anno di età dell'Assicurato e quelli dipendenti da cause di guerra, da infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare, sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aereomobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.

E' escluso dalla garanzia lo stato di invalidità permanente conseguente alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o patologie ad essa collegate.

Art. 9.3 – Criteri di indennizzo

Verificatesi l'invalidità dell'Assicurato, lo stesso, per il tramite del Contraente deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata, entro tre mesi dall'evento, facendo pervenire successivamente alla Società la dichiarazione del Contraente che attesta la cessazione del rapporto di lavoro con l'assicurato e il certificato del medico curante, redatto su apposito modulo predisposto dalla Società, che attesti lo stato di invalidità permanente.

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 riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data di invio della lettera raccomandata di cui sopra.

In caso di intervenuto decesso dell'Assicurato, la procedura di accertamento di invalidità si interrompe e viene liquidato il relativo capitale assicurato in caso di decesso.

Art. 9.4 – 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) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Compagnia fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Art. 9.5 – Pagamenti della Società

Il pagamento del capitale verrà eseguito in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla data di riconoscimento dell'invalidità, sempreché tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro.

Art. 9.6 – Collegio Arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Compagnia, la Contraente ha la facoltà, entro il termine di 30 giorni, dalla comunicazione avutane, di promuovere con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione generale della Compagnia la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Compagnia, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Direzione della Compagnia.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine 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, etc.).

Ciascuna delle Parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art. 10 – Beneficiari

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, Beneficiario della prestazione è l'Assicurato stesso.

Il Contraente designa, al momento della sottoscrizione del contratto, il Beneficiario in caso di morte può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione per iscritto (artt. 1920 e 1921 C.C.), con le modalità indicate nell'ultimo capoverso.

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

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

In tali casi, le operazioni di recesso, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La dichiarazione di revoca o modifica del Beneficiario deve essere fatta a mezzo raccomandata o disposta per testamento, purché la designazione testamentaria faccia riferimento in maniera espressa alla polizza vita.

Art. 11 – Pagamenti della Società in caso morte o di invalidità permanente

Tutti i pagamenti della Società avvengono a seguito di espressa richiesta degli aventi diritto.

Per i pagamenti della Società conseguenti a morte o invalidità permanente dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti elencati:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione sanitaria del medico curante sulle cause del decesso o dell'invalidità permanente dell'Assicurato, redatta su apposito modulo fornito dalla Società ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario per verificare l'esattezza delle dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio, oppure, se il decesso è conseguente ad infortunio, copia del documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- qualora la designazione dei Beneficiari fosse stata resa in forma generica (ad esempio il coniuge, i figli, ecc.) la documentazione idonea ad identificare gli aventi diritto;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di ogni avente diritto;
- in caso di invalidità permanente la documentazione prevista al precedente art.9.3;
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione di polizza, in caso di beneficiari minorenni o incapaci.

La Società si riserva inoltre di chiedere, per casi eccezionali, ulteriore documentazione in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dalle Appendici da essa firmate.

Art. 12 - Prescrizione

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni, da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti (Legge n. 266 del 23/12/2005 e successive modificazioni ed integrazioni). In particolare il D.L. 155/2008, convertito nella Legge 4 dicembre 2008 n. 190, ha stabilito che le somme dovute su polizze per le quali sia maturata la prescrizione, vengano versate al fondo che, come richiesto dalla Legge Finanziaria 2006, è stato istituito presso il Ministero delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.

Art. 13 – Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

Glossario

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che con maggior frequenza ricorrono nel presente fascicolo, di seguito si riportano quelli d'uso più comune con le relative definizioni:

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni.

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni.

Appendice: Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo ai fini dell'efficacia delle modifiche del Contratto.

Assicurato: E' la persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto di assicurazione. Le prestazioni del Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiari: Sono le persone fisiche o giuridiche designate dal Contraente che hanno il diritto di riscuotere le prestazioni assicurate al verificarsi degli eventi previsti dal contratto

Capitale assicurato: è il capitale che, in ogni epoca contrattuale, può essere liquidato ai Beneficiari nel caso in cui si verificano gli eventi assicurati.

Conclusione del contratto: è l'atto che esprime l'accettazione da parte della Società della proposta di contratto sottoscritta dal Contraente. L'accettazione può avvenire mediante espressa comunicazione scritta da parte della Società o con la consegna dell'originale di polizza sottoscritta dalla medesima.

Condizioni di Assicurazione: Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: È la persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società, paga il premio e dispone dei diritti derivanti dal contratto stesso.

Data di decorrenza: È la data d'inizio del contratto e, sempre che il premio sia stato regolarmente corrisposto, dalla quale decorre l'efficacia del contratto.

Durata contrattuale: è l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

Fringe benefits: Termine inglese traducibile con "benefici da indennità aggiuntiva". Si tratta di beni e servizi di cui il lavoratore può usufruire gratuitamente (ovvero a condizioni vantaggiose) come benefit da parte del Datore di lavoro. Il calcolo del valore economico dei fringe benefits è fatto a fini fiscali.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è pari a 30 giorni.

Premio: È la somma che il Contraente paga a fronte delle prestazioni assicurate dal contratto.

Polizza: È il documento che comprova l'esistenza del contratto. Essa è rappresentata dal semplice di polizza appositamente predisposto dalla Società o, in suo difetto, dalla proposta di polizza corredata dalla comunicazione della Società di accettazione della stessa.

Proposta: È il Mandato di Adesione, documento mediante il quale è manifestata alla Società la volontà dell'Assicurato di accendere la copertura assicurativa.

Recesso: Consiste nella facoltà del Contraente di annullare il contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Revoca della Proposta: È la possibilità del Contraente di annullare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.

Società: È l'impresa autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa (Vittoria Assicurazioni S.p.A.).

Tassi differenziati per sesso: La Direttiva 2006/54/CE del 5 luglio 2006 del Parlamento europeo sottrae dall'applicazione delle regole unisex i tassi demografici se applicati alle assicurazioni collettive stipulate da un Datore di lavoro in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro. I tassi relativi agli Assicurati permangono differenziati per sesso (eccezione alla Direttiva 2004/113/CE c.d. "Gender Directive").

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/01/2019

