CONVENZIONE
“ANTONIO PASTORE” 3182

Condizioni di assicurazione

Aggiornamento al 01/01/2025

L'Associazione "Antonio Pastore", costituita nel 1997 dalla Federazione Nazionale dei Dirigenti di Aziende del Commercio (Fe.N.D.A.C., oggi Manageritalia) è, attualmente, un ente bilaterale gestito da Manageritalia (Federazione Nazionale dei Dirigenti di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi) e Confcommercio (Confederazione Generale Italiana delle Imprese, delle Attività Professionali e del Lavoro Autonomo), avente il compito - in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi - di realizzare, mediante specifiche polizze di assicurazione collettive, forme di "Previdenza e Assistenza " a favore dei Dirigenti ed Ex Dirigenti (detti "Affiliati" all'Associazione) di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi.

L'Associazione "Antonio Pastore", in qualità di Contraente, a partire dal 1998, ha, pertanto, sottoscritto con primarie Imprese assicuratrici una serie di Convenzioni, susseguitesi nel tempo, per l'erogazione delle suddette prestazioni assicurative.

In data 1° ottobre 2021, in vigenza della precedente Convenzione "3175" - a seguito delle modifiche riguardanti il welfare integrativo offerto per il tramite degli enti bilaterali all'uopo previsti stabilite attraverso la sottoscrizione nel giugno 2021 degli accordi di rinnovo dei CCNL vigenti (ratificati nel 2023 dal Testo Unico dei Contratti collettivi) - il Fondo "Mario Besusso", Fondo di Assistenza Sanitaria per i dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto e spedizione, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime (di seguito per brevità FASDAC) ha assunto, insieme all'Associazione "Antonio Pastore", la contraenza della Convenzione "3175" limitatamente alla garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" e, nell'ambito di tale forma assicurativa, limitatamente ai soggetti iscritti al FASDAC siano essi Dirigenti attivi o Prosecutori volontari.

In continuità con quanto sopra esposto, a decorrere dal 1° gennaio 2025 l'Associazione Antonio Pastore e il Fondo "Mario Besusso" – quest'ultimo limitatamente alla garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" per i soggetti allo stesso iscritti - hanno stipulato, sempre quali Contraenti, insieme alle Imprese assicuratrici CNP Vita Assicura S.p.A. (già CNP Vita Assicurazioni S.p.A.), Generali Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. una nuova Convenzione denominata "Convenzione Antonio Pastore n. 3182" avente durata pari a 7 anni con impegno delle Imprese, i Contraenti e l'Intermediario di verificarne l'andamento della stessa prima dello scadere del 5 anno di durata.

Con la suddetta Convenzione sono state fissate le Condizioni delle Polizze collettive per l'assicurazione sulla vita (garanzie prestate in coassicurazione da CNP Vita Assicura S.p.A. e Generali Italia S.p.A.) e delle Polizze Cumulative per l'assicurazione danni (garanzie prestate da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e Generali Italia S.p.A.), stipulate per garantire le prestazioni assicurative previste a favore degli "Affiliati" all'Associazione "Antonio Pastore" e/o agli Iscritti al FASDAC.

Dette Condizioni di polizza si collocano in un contesto basato su logiche di tipo solidaristico/mutualistico nell'interesse della collettività degli Assicurati stessi in continuità con le precedenti Convenzioni e sono state concordemente negoziate fra le parti costituendo il risultato dell'incontro delle rispettive volontà.

L'Associazione "Antonio Pastore", il FASDAC e le Società assicuratrici hanno affidato gli oneri relativi alla gestione della Convenzione "Antonio Pastore" n. 3182 ad Assidir S.r.l., quale unico

intermediario assicurativo di quest'ultima (nonché delle precedenti Convenzioni) per l'intera durata della stessa e per gli effetti successivi alla sua cessazione.

Le prestazioni assicurative previste a favore degli Assicurati sono quelle relative alle seguenti forme assicurative:

- *"Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" (Polizza collettiva vita);*
- *"Temporanea caso morte monoannuale" (Polizza collettiva vita);*
- *"Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread disease)" (Polizza collettiva vita);*
- *"Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" (Polizza collettiva vita);*
- *"Invalidità Permanente conseguente a Malattia" (Polizza cumulativa danni);*
- *"Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio" (Polizza cumulativa danni);*
- *"Assicurazione Ponte" contro il rischio della perdita d'impiego (Polizza cumulativa danni);*
- *"Infortuni professionali ed extraprofessionali" (Polizza cumulativa danni).*

le cui condizioni contrattuali sono contenute nelle successive Sezioni.

Convenzione “Antonio Pastore” 3182

INDICE

GLOSSARIO DELLA CONVENZIONE “ANTONIO PASTORE” 3182 10

SEZIONE N. 1 18

DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE DELLA CONVENZIONE “ANTONIO PASTORE” N. 3182 (VALIDE PER TUTTE LE FORME ASSICURATIVE DI CUI ALLE SUCCESSIVE SEZIONI) 18

1. CONTRAENTE ED ASSICURATI 19
2. ATTIVAZIONE DELLE POLIZZE COLLETTIVE PER L’ASSICURAZIONE SULLA VITA E DELLE POLIZZE CUMULATIVE PER L’ASSICURAZIONE DI INVALIDITA’ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA, ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO, ASSICURAZIONE PONTE E INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI - DOCUMENTAZIONE RELATIVA E OBBLIGHI SUCCESSIVI 20
3. PRESTAZIONI 21
4. PRESTAZIONI E CONDIZIONI 25
5. MODALITA’ DI PAGAMENTO E UTILIZZO DEI PREMI 25
6. PAGAMENTO DEL PREMIO 28
7. PREMI AGGIUNTIVI 29
8. RIMBORSO PREMI 29
9. RIPARTIZIONE DEI PREMI 29
10. COMPETENZA DEI PREMI E LORO ATTRIBUZIONE 32
11. SOVRAPPOSIZIONE PERIODI CONTRIBUTIVI 33
12. EFFICACIA DELLE GARANZIE ASSICURATIVE - CARENZE 33
13. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA 35
14. BENEFICIARI 36
15. CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 37
16. PROSECUZIONE VOLONTARIA 37
17. CARENZE PER I PROSECUTORI VOLONTARI 47
18. SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE PER I PROSECUTORI VOLONTARI ALL’ASSOCIAZIONE ANTONIO PASTORE 48
19. “FONDO UNICO” 49
20. INTERMEDIARIO 52
21. COSTITUZIONE DELL’ OSSERVATORIO DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA “ANTONIO PASTORE” 3182 53
22. DURATA DELLA CONVENZIONE 55
23. FORO COMPETENTE 56
24. RECLAMI 56
25. ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C. 56
26. TRATTAMENTO DATI PERSONALI – SOGGETTI COINVOLTI 57
27. INFORMATIVE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 57

SEZIONE N. 2 64

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA FORMA ASSICURATIVA “MISTA A PREMIO UNICO RICORRENTE CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE” 64

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA’ 65
ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI 65
ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE 65
ART. 4 BENEFICIARI 67
ART. 5 RISCHIO DI MORTE 67
ART. 6 LIMITI DI ETA’ E DURATA CONTRATTUALE 68
ART. 7 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO 68
ART. 8 MODALITA’ ASSUNTIVE 68
ART. 9 PREMIO DI ASSICURAZIONE 69
ART. 10 ENTRATA IN VIGORE DELLA GARANZIA 69

ART. 11 RISCATTO TOTALE E RISCATTO PARZIALE 70
ART. 12 DETERMINAZIONE DEL TASSO DI RENDIMENTO MEDIO DA ATTRIBUIRE AGLI ASSICURATI 71
ART. 13 REGOLAMENTI DELLE GESTIONI CHE CONCORRONO ALLA DETERMINAZIONE DEL TASSO DI RENDIMENTO MEDIO DA ATTRIBUIRE AGLI ASSICURATI 72
ART. 14 CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE 77
ART. 15 OPZIONI A SCADENZA 79
ART. 16 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 80
ART. 17 INFORMATIVA PERIODICA 81
ART. 18 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 81
ART. 19 PRESTITI 81
ART. 20 PEGNO – VINCOLO 81
ART. 21 IMPOSTE 81
ART. 22 ARROTONDAMENTI 81
ART. 23 FORO COMPETENTE 81
ART. 24 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C. 82
ART. 25 LEGISLAZIONE APPLICABILE 82
ART. 26 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 82
SEZIONE N. 3 **83**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA FORMA ASSICURATIVA "TEMPORANEA CASO MORTE MONOANNUALE" 83
ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA' 84
ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI 84
ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE - COMMORIENZA 84
ART. 4 LIMITI DI ETA' 85
ART. 5 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO 85
ART. 6 MODALITA' ASSUNTIVE 85
ART. 7 PREMIO DI ASSICURAZIONE 86
ART. 8 PAGAMENTO DEL PREMIO 86
ART. 9 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE ED EFFICACIA DELLA GARANZIA 86
ART. 10 CARENZA 86
ART. 11 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO 87
ART. 12 RISCHI ESCLUSI 87
ART. 13 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 88
ART. 14 INTERRUZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA 88
ART. 15 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 88
ART. 16 SINISTRO CHE COLPISCA PIU' TESTE 88
ART. 17 ABBUONO DI PREMIO 88
ART. 18 BENEFICIARI 89
ART. 19 INFORMATIVA PERIODICA 89
ART. 20 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 89
ART. 21 RISCATTO – RIDUZIONE - PRESTITI 89
ART. 22 VINCOLO 89
ART. 23 IMPOSTE 89
ART. 24 ARROTONDAMENTI 90
ART. 25 FORO COMPETENTE 90
ART. 26 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C. 90
ART. 27 LEGISLAZIONE APPLICABILE 90
ART. 28 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 90
SEZIONE N. 4 **91**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA FORMA ASSICURATIVA "ASSICURAZIONE TEMPORANEA MONOANNUALE IN CASO DI MALATTIA GRAVE 91
(DREAD DISEASE)" 91
ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA' 92
ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI 92
ART. 3 PRESTAZIONE ASSICURATA 93
ART. 4 MALATTIE GRAVI 93

ART. 5 INSORGENZA DELLA MALATTIA 95
ART. 6 - “AIUTO IMMEDIATO” 95
ART. 7 LIMITI DI ETA’ 96
ART. 8 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO 96
ART. 9 MODALITA' ASSUNTIVE 97
ART. 10 PREMIO DI ASSICURAZIONE 97
ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO 97
ART. 12 DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE ED EFFICACIA DELLA GARANZIA 97
ART. 13 CARENZA 98
ART. 14 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO 98
ART. 15 ESCLUSIONI 99
ART. 16 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 100
ART. 17 OPZIONE DI INTERRUZIONE DELLA FORMA ASSICURATIVA “TEMPORANEA CASO MORTE MONOANNUALE” E CONSEGUENZE PER LA FORMA ASSICURATIVA “TEMPORANEA MONOANNUALE IN CASO DI MALATTIA GRAVE” (DREAD DISEASE) 100
ART. 18 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 100
ART. 19 ABBUONO DI PREMIO 101
ART. 20 BENEFICIARI 101
ART. 21 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 101
ART. 22 RISCATTO – RIDUZIONE – PRESTITI 101
ART. 23 IMPOSTE 101
ART. 24 FORO COMPETENTE 101
ART. 25 LEGISLAZIONE APPLICABILE 102
ART. 26 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 102
SEZIONE N. 5 **103**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLE FORME ASSICURATIVE DI “RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE” (NELLA FORMA “TEMPORANEA” E NELLA FORMA “A VITA INTERA”) 103
ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA’ 104
ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI 104
ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE 105
ART. 4 LIMITI DI ETA’ 106
ART. 5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI DIPENDENZA 106
ART. 6 AMMONTARE DELLA RENDITA GARANTITA 106
ART. 7 DELEGATO 106
ART. 8 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO 107
ART. 9 MODALITA’ ASSUNTIVE 107
ART. 10 PREMIO DI ASSICURAZIONE 108
ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO 109
ART. 12 DECORRENZA ED EFFICACIA DELLA GARANZIA 109
ART. 13 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO 110
ART. 14 CARENZA 110
ART. 15 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 111
ART. 16 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI DIPENDENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ 111
ART. 17 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE 111
ART. 18 RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI DIPENDENZA 112
ART. 19 RISCHI ESCLUSI 113
ART. 20 RISCATTO – RIDUZIONE - PRESTITI 113
ART. 21 ABBUONO DI PREMIO (ARTICOLO VALIDO PER LA FORMA TEMPORANEA) 113
ART. 22 BENEFICIARI 114
ART. 23 INFORMATIVA PERIODICA 114
ART. 24 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE 114
ART. 25 VINCOLO 114
ART. 26 IMPOSTE 114
ART. 27 ARROTONDAMENTI 114
ART. 28 FORO COMPETENTE 115

ART. 29 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX Art. 808 ter c.p.c. 115
ART. 30 LEGISLAZIONE APPLICABILE 115
ART. 31 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 115
SEZIONE N. 6 **116**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA POLIZZA: "INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA" "ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO" 116
ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETÀ COASSICURATRICI 117
ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI 117
ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA 118
ART. 4 COPERTURE PRESTATE 118
ART. 5 EFFETTO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE 119
ART. 6 ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 120
ART. 7 ABBUONO DI PREMIO 120
ART. 8 REVISIONE TECNICA DEL PREMIO 121
ART. 9 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C. 121
ART. 10 PROVA 121
ART. 11 TASSE E IMPOSTE 121
ART. 12 VALIDITÀ TERRITORIALE 122
ART. 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA 122
ART. 14 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 122
ART. 15 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA PREESISTENTE – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 123
ART. 16 DENUNCIA DEL SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA E OBBLIGHI SUCCESSIVI 124
ART. 17 CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PROVVISORIA E DEFINITIVA 124
ART. 18 LIQUIDAZIONE A SEGUITO DI DENUNCIA DI MALATTIA 125
ART. 19 DIRITTO ALL'INDENNIZZO 125
ART. 20 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA – LIQUIDAZIONE 126
ART. 21 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO 126
ART. 22 ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 127
ART. 23 ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE ED OBBLIGHI RELATIVI 127
ART. 24 ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – LIQUIDAZIONE 128
ART. 25 RECLAMI 128
SEZIONE N. 7 **131**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA POLIZZA "ASSICURAZIONE PONTE" CONTRO IL RISCHIO DELLA PERDITA D'IMPIEGO 131
ART. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ 132
ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI 132
ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA 132
ART. 4 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 133
ART. 5 PERDITA D'IMPIEGO 133
ART. 6 PRESTAZIONE ASSICURATA E PERIODO DI INDENNIZZO 134
ART. 7 MANCATO PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI DI PREAVVISO O INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL PREAVVISO SPETTANTI DOVUTI DAL DATORE DI LAVORO 135
ART. 8 ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 135
ART. 9 DENUNCIA DELLA PERDITA D'IMPIEGO E OBBLIGHI RELATIVI 136
ART. 10 LIQUIDAZIONE 138

ART. 11 DENUNCE SUCCESSIVE 138
ART. 12 ABBUONO DI PREMIO 138
ART. 13 REVISIONE TECNICA DEL PREMIO 139
ART. 14 PROVA 139
ART. 15 TASSE E IMPOSTE 139
ART. 16 VALIDITÀ TERRITORIALE 139
ART. 17 RECLAMI 139
SEZIONE N. 8 **141**
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA POLIZZA 141
"INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI" 141
ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETÀ COASSICURATRICI 142
ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI 142
ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA 143
ART. 4 COPERTURE PRESTATE 143
ART. 5 EFFETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 143
ART. 6 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C. 143
ART. 7 PROVA 144
ART. 8 TASSE E IMPOSTE 144
ART. 9 VALIDITÀ TERRITORIALE 144
ART. 10 DIRITTO DI SURROGAZIONE 144
ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI 144
ART. 12 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 144
ART. 13 ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI – SOMME ASSICURATE 145
ART. 14 ESCLUSIONI 146
ART. 15 MORTE 147
ART. 16 MORTE PRESUNTA 147
ART. 17 INVALIDITA' PERMANENTE 147
ART. 18 MALATTIE PROFESSIONALI 148
ART. 19 MALATTIE TROPICALI 148
ART. 20 RISCHIO VOLO 148
ART. 21 CALAMITA' NATURALI 149
ART. 22 RISCHIO GUERRA 149
ART. 23 RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A SEGUITO DI REATO DI RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATIVO DI SEQUESTRO 149
ART. 24 PRATICA DI SPORT E DI ALPINISMO 149
ART 25 ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO 150
ART. 26 MASSIMO CATASTROFALE 150
ART. 27 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO 150
ART. 28 CRITERI DI LIQUIDAZIONE 151
ART. 29 DIRITTO ALL'INDENNIZZO 151
ART. 30 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO 151
ART. 31 ANTICIPO INDENNIZZI PER INVALIDITA' PERMANENTE 152
ART. 32 ESONERO DENUNCIA INFERMITA' PREGRESSE 152
ART. 33 SUDDIVISIONE DEL PREMIO 152
ART. 34 RECLAMI 152
ART. 35 ABBUONO DI PREMIO 153
ART. 37 REVISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E DEL PREMIO 154
SEZIONE N. 9 **155**
TABELLE 155
Tabella n° 1 – Forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" 156
Tabella n° 2 – Capitali assicurati in caso di morte e premi annui calcolati in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato all'inizio di ogni anno assicurativo 157
Tabella n° 2bis – Capitali assicurati in caso di malattia grave e relativo premio annuo. 158
I Capitali assicurati sono calcolati in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato all'inizio di ogni anno assicurativo e pari al 5% dei Capitali assicurati in caso di morte 158
Tabella n° 3 – Coefficienti di conversione da capitale a scadenza in rendita. 159

Valori di conversione di 1.000€ di capitale a scadenza in rendita annua vitalizia immediata rivalutabile posticipata. Tavola ANIA A62D (impegni differiti) a tasso tecnico 0% 159
Tabella n° 4 – Premi annui relativi alla forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma “a Vita Intera” 160
Tabella n° 5 – Destinazione del premio assicurativo 161
Tabella n° 5.1 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente “a contribuzione ordinaria” (comma 5.1 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 161
Tabella n° 5.2 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente “a contribuzione agevolata” (comma 5.2 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 162
Tabella n° 5.3 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente “a contribuzione agevolata” nominato “in sospensione degli obblighi contributivi” (comma 5.3 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 163
Tabella n° 5.4 – Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1 164
Tabella n° 5.5 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 165
Tabella n° 5.6 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 166
Tabella n° 5.7 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1) 167
SEZIONE N. 10 **168**
DOCUMENTI DA PRESENTARE 168
1. ENTRATA IN COPERTURA (ATTIVAZIONE DELLE POLIZZE COLLETTIVE E DELLE POLIZZE CUMULATIVE) 169
2. VARIAZIONE DEI BENEFICIARI 170
3. VARIAZIONE DEL DELEGATO 170
4. PROSECUZIONE VOLONTARIA 171
5. ADESIONE ALLA GARANZIA DI RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA nella forma “a Vita intera” 171
6. RISCATTO TOTALE (garanzia “mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”) 172
7. RISCATTO PARZIALE (garanzia “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”) 173
8. CONVERSIONE DEL CAPITALE IN RENDITA (garanzia “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”) 174
9. DECESSO 174
10. MALATTIA GRAVE 179
11. INVALIDITA’ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA 181
12. INVALIDITA’ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO 182
13. STATO DI DIPENDENZA TOTALE E PERMANENTE (NON AUTOSUFFICIENZA) 183
14. PERDITA D’IMPIEGO 183
15. INFORTUNIO 185

GLOSSARIO
della Convenzione “Antonio Pastore” 3182

Il glossario raccoglie il significato assunto dai termini utilizzati nelle Condizioni di assicurazione di tutte le Polizze previste dalla Convenzione.

Affiliato:
il Dirigente, il Prosecutore volontario e l’Ex-Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi in favore dei quali, sussistendone i presupposti, sono prestate le garanzie assicurative previste dalla Convenzione stipulata dall’Associazione “Antonio Pastore”.

Assicurato:
il soggetto protetto dall’Assicurazione e cioè il Dirigente, l’Ex Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi e il “Prosecutore volontario”, affiliati all’Associazione “Antonio Pastore” e/o iscritti al FASDAC, nel cui interesse le Polizze di cui alla Convenzione “3182” vengono sottoscritte – nei limiti ivi contenuti - dall’Associazione e dal FASDAC stesso.

Assicurazione:
la garanzia prestata con il Contratto di assicurazione.

Associazione “Antonio Pastore”:
Ente preposto dai CCNL del Terziario della Distribuzione e dei Servizi per organizzare forme di previdenza integrativa individuale e di garanzie di rischio a favore dei propri Affiliati.

Aspettativa non retribuita:
periodo di sospensione dell’attività di servizio richiesto dal Dirigente al Datore di Lavoro per giustificati motivi, durante il quale non viene corrisposta la retribuzione.

Azienda:
Ente o società che applica i CCNL.

Beneficiario:
per l’Assicurazione “Temporanea caso morte monoannuale”: il soggetto designato in polizza dall’Assicurato; per l’Assicurazione “Mista a premio unico ricorrente”:
- in caso di morte dell’Assicurato: il soggetto designato in polizza dall’Assicurato;
- in caso di vita: l’Assicurato.

Per l’Assicurazione “Temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)": l’Assicurato.

Per l’Assicurazione di “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”: l’Assicurato;

Per l’Assicurazione di “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”: l’Associazione “Antonio Pastore”.

Per l’”Assicurazione Ponte”: gli Enti.
Per l’Assicurazione “Infortuni professionali ed extraprofessionali”:
- in caso di morte dell’Assicurato: il soggetto designato in polizza dall’Assicurato. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell’Assicurato.

- in caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato: l'Assicurato.

Capitale assicurato:
capitale liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato.

Carenza:
intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza dell'Assicurazione o della riattivazione della garanzia e la piena efficacia della garanzia.

CCNL:
Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi sottoscritti da Manageritalia.

Contributo:
somma prevista dai CCNL dovuta dal Datore di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi.
Per i Prosecutori volontari, la somma prescelta dagli stessi nell'ambito di quanto contrattualmente stabilito per continuare ad usufruire in tutto o in parte delle prestazioni delle garanzie previste dalla Convenzione.

Contraente:
Associazione "Antonio Pastore" e/o FASDAC che stipulano la Convenzione n. 3182 e le relative Polizze collettive e cumulative;

Convenzione:
accordo tra l'Associazione "Antonio Pastore", il FASDAC, le Imprese assicuratrici e l'Intermediario dal quale derivano le coperture assicurative prestate a favore degli Assicurati.

Copertura:
prestazione della garanzia assicurativa.

Datore di Lavoro:
l'azienda presso la quale l'Assicurato Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata" figura quale Lavoratore Dipendente.

Delegato:
la persona designata dall'Assicurato a percepire la rendita erogata al verificarsi dell'evento garantito dalla Polizza per la forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza".

Dimissioni per Giusta Causa:
recesso esercitato dal Dirigente di Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi ai sensi dell'Art. 2119 C.C. nelle ipotesi in cui si verifichi una causa che non consenta la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto di lavoro.

Dirigente "a contribuzione ordinaria":
l'Assicurato in attività di servizio presso un'Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi per il quale il Datore di Lavoro, secondo le norme dei CCNL, provvede alla piena contribuzione agli Enti; ai fini della presente Convenzione il Dirigente "a

contribuzione ordinaria” in quanto tale è affiliato all’Associazione “Antonio Pastore” e iscritto al FASDAC.

Dirigente “a contribuzione agevolata”:
l’Assicurato in attività di servizio presso un’Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi per il quale il Datore di Lavoro, secondo le norme dei CCNL, provvede ad una contribuzione ridotta per alcuni degli Enti; ai fini della presente Convenzione il Dirigente “a contribuzione agevolata” in quanto tale è affiliato all’Associazione “Antonio Pastore” e iscritto al FASDAC.

Dirigente “a contribuzione agevolata” nominato “in sospensione degli obblighi contributivi”:
l’Assicurato in attività di servizio presso un’Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi per il quale il Datore di Lavoro, secondo le norme dei CCNL, che prevedono una contribuzione ridotta per alcuni degli Enti, provvede alla contribuzione per la forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (nella forma “Temporanea”) nell’ambito dei contributi dovuti al FASDAC e per la forma assicurativa “Infortuni professionali ed extraprofessionali” nell’ambito dei contributi dovuti all’Associazione Antonio Pastore.

Enti:
gli Istituti preposti dai CCNL a fornire all’”Assicurato” tutele e servizi di natura previdenziale, assistenziale e formativa quali quelli erogati da:
- Fondo di Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali “Mario Besusso” - FASDAC;
- Fondo di Previdenza per i Dirigenti di Aziende Commerciali e di spedizione e trasporto “Mario Negri” - FPDAC;
- Centro di Formazione Management del Terziario - CFMT;
- Associazione “Antonio Pastore”.

Età assicurativa:
per le forme assicurative “Temporanea caso morte monoannuale”, "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave" (Dread Disease), “Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza”, (Temporanea), “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”, “Assicurazione Ponte” e "Infortuni professionali ed extraprofessionali" l’età si determina per anni interi alla data di ingresso in Convenzione e successivamente per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione superiore a sei mesi.
Per la forma di “Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza” (Vita Intera) l’età si determina per anni interi alla data di decorrenza della copertura assicurativa e successivamente ad ogni ricorrenza annua di polizza, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.
Per la forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” l’età assicurativa viene calcolata considerando gli anni interi alla data di ingresso in assicurazione trascurando le frazioni di anno inferiori ai sei mesi e computando invece come anno intero la frazione superiore o uguale ai sei mesi.

Relativamente alla presente forma assicurativa, per data di ingresso in assicurazione si intende la data di ricevimento, da parte della Società Delegataria, del primo premio corrisposto.

Ex Dirigente:
l'Assicurato che ha perso la qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi e che non ha riscattato totalmente la propria posizione nella Convenzione "3182".

Fondo "Mario Besusso" (FASDAC):
Ente preposto dai CCNL del Terziario della Distribuzione e dei Servizi all'erogazione di forme di assistenza sanitaria a favore dei propri iscritti.

Gestione separata:
l'insieme delle attività, a copertura degli obblighi assunti in base a contratti di tipo rivalutabile, gestite dalle Società Coassicuratrici della Polizza Collettiva "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" separatamente dalle altre attività patrimoniali e secondo criteri fissati dal rispettivo Regolamento. Le gestioni separate collegate al presente Contratto sono la gestione "Previr" di CNP Vita Assicura S.p.A. e la gestione "Previr" di Generali Italia S.p.A..

Indennità Sostitutiva del Preavviso:
importo erogabile in sostituzione del Periodo di Preavviso spettante in base all'anzianità di servizio computata sulla retribuzione di fatto e assoggettata alla normale contribuzione in virtù di quanto previsto dai CCNL.

Indennizzo:
la somma liquidata in caso di Sinistro.

Infortunio:
evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'Invalidità Permanente.

Insorgenza della Malattia grave:
in riferimento alla forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)":

a) per il cancro e la sindrome coronarica acuta: la data della diagnosi;
b) per le chirurgie dell'aorta, delle valvole cardiache e di by-pass aortocoronarico: la data dell'intervento chirurgico;
c) per l'ictus: la data dell'esordio acuto;
d) per l'insufficienza renale: la data d'inizio della dialisi cronica regolare;
e) per il trapianto degli organi principali: la data del trapianto o la data di inserimento nella lista di attesa ufficiale.

Intermediario:
la Società Assidir S.r.l., iscritta al Registro Unico degli Intermediari assicurativi Sez. A con il numero A000111129.

Invalidità Permanente:

perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio:

a) della professione, per il Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "a contribuzione agevolata" (per le forme assicurative "Invalidità Permanente conseguente a Malattia" ed "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio");
b) di una generica attività lavorativa, per l'Ex Dirigente "prosecutore volontario" (per le forme assicurative "Invalidità Permanente conseguente a Malattia" ed "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio"). L'accertamento del grado di Invalidità Permanente viene effettuato secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.lgs. n° 38 del 2000 e successive modifiche o integrazioni;
c) di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione svolta dall'Assicurato (per la forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali")

   L'accertamento del grado di Invalidità Permanente viene effettuato facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 (tabella INAIL) e successive modifiche.

Invalidità Permanente Totale:

per le forme assicurative "Invalidità Permanente conseguente a Malattia" ed "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio", l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66%.

Iscritto al Fasdac:

il Dirigente o il Prosecutore volontario di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi iscritto al Fondo "Mario Besusso" in favore dei quali, sussistendone i presupposti, viene prestata la garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" prevista dalla Convenzione.

IVASS:

Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (ex ISVAP); l'Ivass svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle Imprese di assicurazione e degli Intermediari sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Mentale:

tutte le patologie mentali contenute nel "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM-IV-TR) e successivi aggiornamenti.

Malattia Preesistente:

malattia già nota all'Assicurato in quanto già manifestatasi clinicamente o già diagnosticata ovvero già evidenziata mediante accertamenti clinici o strumentali

e/o già trattata con terapie, alla data di prima nomina a Dirigente o relativa ad un periodo in cui l'Assicurato aveva perso temporaneamente la qualifica di Dirigente e/o non aveva diritto alla garanzia di Polizza.

Manageritalia:
la Federazione Nazionale dei Dirigenti, Quadri e Professional del Commercio, Trasporti, Turismo, Servizi, Terziario avanzato.

Manifestazione (della Malattia):
momento in cui, con riferimento a documentazione medica, la Malattia sia diagnosticata e/o si renda sintomatologicamente manifesta e/o richieda prestazioni sanitarie.

Perdita d'Impiego:
la risoluzione definitiva del contratto di lavoro in corso tra l'Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro, derivante da recesso di quest'ultimo o da dimissioni per giusta causa presentate al Datore di Lavoro dall'Assicurato.

Periodo assicurativo:
intervallo temporale per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Periodo contributivo:
intervallo temporale per il quale è dovuto il pagamento del premio.

Periodo di Comporto:
periodo di tempo, stabilito dai CCNL, durante il quale il Datore di Lavoro ha l'obbligo di conservare il posto di lavoro all'Assicurato non in periodo di prova, assente per motivi di salute.

Periodo di Preavviso:
periodo di tempo stabilito dai CCNL durante il quale l'Assicurato presta servizio presso il Datore di Lavoro successivamente alla data di effetto della comunicazione di recesso del rapporto di lavoro.

Piano Assicurativo:
cumulo dei premi assicurativi necessari a prestare le coperture assicurative relative alle Polizze collettive per l'assicurazione sulla vita "Temporanea caso Morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave" (Dread Disease), "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" e "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea", per un prestabilito periodo di tempo; il completamento del Piano Assicurativo viene garantito all'Assicurato, colpito da Invalidità Permanente Totale, dalla forma assicurativa "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio ".

Polizza (o Certificato di assicurazione):
il documento che prova l'esistenza del Contratto di assicurazione.

Premio (assicurativo):
quota del contributo dovuto dalle Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi per i propri Dirigenti e l'importo dovuto dagli Assicurati prosecutori volontari, versato dai Contraenti per le prestazioni assicurative di cui alla Convenzione "3182".

Polizze collettive per l'assicurazione sulla vita:
le forme assicurative "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale", "Temporanea caso morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" e "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza".

Polizze cumulative per l'assicurazione di Invalidità, assicurazione Ponte e Infortuni:
le forme assicurative "Invalidità Permanente conseguente a Malattia", "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio", "Assicurazione Ponte" (contro il rischio della perdita d'impiego) e "Infortuni professionali ed extraprofessionali".

Rapporto di visita medica:
questionario utile alla raccolta di informazioni riguardanti lo stato di salute dell'Assicurato, da compilare a cura di un medico che esercita la professione in Italia.

Reclamo:
dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati Reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Retribuzione di Fatto:
tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente matura a qualsiasi titolo in relazione al rapporto di lavoro: oltre alla retribuzione fissa, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i fringe benefit, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Riserva matematica:
l'importo accantonato dalle "Società Coassicuratrici" per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita per far fronte in futuro ai loro obblighi contrattuali.

Servizio Attivo:
prestazione lavorativa del Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata" regolamentata dai CCNL.

Sinistro Invalidità Permanente da Malattia:
la Malattia che si manifesta dopo la nomina a Dirigente dell'Assicurato o il peggioramento, dopo la nomina a Dirigente dell'Assicurato, di una Malattia Preesistente, attestati da documentazione medica.

Sinistro (diverso dall'Invalidità Permanente da Malattia):
verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società Assicuratrice per l'Assicurazione Ponte (contro il rischio della perdita d'impiego):
Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

Società Coassicuratrici (per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita):
CNP Vita Assicura S.p.A. e Generali Italia S.p.A..

Società Coassicuratrici (per la polizza cumulativa per l'Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio e per la polizza cumulativa Infortuni professionali ed extraprofessionali):
la Società Delegataria (Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.) e la Società Codelegataria (Generali Italia S.p.A.).

Società Codelegataria (per la polizza cumulativa per l'Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio e per la polizza cumulativa Infortuni Professionali ed extraprofessionali):
Generali Italia S.p.A..

Società Delegataria (per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita ad eccezione della Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease):
CNP Vita Assicura S.p.A..

Società Delegataria (per la polizza collettiva Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease):
Generali Italia S.p.A..

Società Delegataria (per la polizza cumulativa per l'Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio e per la polizza cumulativa Infortuni professionali ed extraprofessionali):
Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

Società Delegatarie (per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita e per le polizze cumulative per l'Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio e Infortuni professionali ed extraprofessionali):
CNP Vita Assicura S.p.A., Generali Italia S.p.A. (limitatamente alla Polizza collettiva per la garanzia Dread Disease) e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

Sport Aerei:
qualsiasi attività ricreativa svolta in volo o durante la caduta libera da un volo attraverso l'atmosfera, quale a titolo esemplificativo e non limitativo Bungee jumping, Base jumping, Parapendio, Deltaplano, Paracadutismo, Paramotore, Mongolfiera, Aliante, Volo a vela.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 1

Disposizioni di carattere generale della Convenzione “Antonio Pastore” n. 3182 (valide per tutte le forme assicurative di cui alle successive Sezioni)

DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE della Convenzione “Antonio Pastore” n. 3182 (valide per tutte le forme assicurative di cui alle successive Sezioni)

1. CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente delle Polizze stipulate per usufruire delle prestazioni assicurative relative alla Convenzione “Antonio Pastore” n. 3182 (altresì definita Convenzione “3182”) è l’Associazione “Antonio Pastore” che agisce in nome proprio ma per conto dei propri “Affiliati” (di seguito chiamati anche Affiliati o genericamente Assicurati) e, limitatamente alla garanzia di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”, il FASDAC che agisce in nome proprio a favore dei propri iscritti (di seguito chiamati anche Iscritti al FASDAC o genericamente Assicurati).

Assicurati di dette Polizze, nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti i Dirigenti di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi, i “Prosecutori volontari” all’Associazione Antonio Pastore e/o al FASDAC nonché gli Ex Dirigenti affiliati all’Associazione “Antonio Pastore” e/o iscritti al FASDAC (altresì definiti “Affiliati” o Iscritti al FASDAC o genericamente Assicurati).

L’onere di pagamento dei contributi necessari a garantire le prestazioni assicurative relative alla Convenzione “3182”, spetta, per ciascun Dirigente, alle Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi presso le quali gli Assicurati prestano servizio attivo.
Per gli ex Dirigenti che scelgono la Prosecuzione volontaria - di cui anche al successivo punto 16 -

- alla sola Associazione Antonio Pastore: l’onere di pagamento dei contributi necessari per continuare ad usufruire delle prestazioni assicurative relative alla Convenzione “3182”, spetta agli “Affiliati”;
- al solo FASDAC: l’onere di pagamento dei contributi necessari per continuare ad usufruire della garanzia di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”, spetta agli Iscritti al FASDAC attraverso il Fondo stesso;
- ad entrambi i Contraenti: l’onere di pagamento dei contributi necessari per continuare ad usufruire delle prestazioni assicurative spetta:
    - agli Iscritti al FASDAC attraverso il Fondo stesso per la garanzia di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”;
    - agli Affiliati per le altre garanzie.

L’Associazione “Antonio Pastore” e il FASDAC assumono l’obbligo di mettere a disposizione le Condizioni di assicurazione agli Assicurati insieme alla modulistica richiesta dai Contraenti stessi di cui alla successiva Sezione 10 della presente Convenzione “3182”. Tale obbligo viene adempiuto per il tramite del servizio postale,

di corriere privato, posta elettronica o altri strumenti digitali considerati idonei dalle norme vigenti. A mezzo raccomandata A.R. o PEC l'Assicurato restituirà la modulistica all'Associazione e al Fondo per il tramite dell'Intermediario.

2. ATTIVAZIONE DELLE POLIZZE COLLETTIVE PER L'ASSICURAZIONE SULLA VITA E DELLE POLIZZE CUMULATIVE PER L'ASSICURAZIONE DI INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA, ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO, ASSICURAZIONE PONTE E INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI - DOCUMENTAZIONE RELATIVA E OBBLIGHI SUCCESSIVI

2a. L'attivazione delle Polizze Collettive per l'Assicurazione sulla Vita e delle Polizze cumulative per l'Assicurazione di Invalidità, Assicurazione Ponte e Infortuni, avviene con la nomina a Dirigente.
Per i Dirigenti "a contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi", l'attivazione riguarda esclusivamente le garanzie assicurative "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" e "Infortuni professionali ed extraprofessionali"

2b. Obblighi successivi:

I. l'Associazione "Antonio Pastore" e il FASDAC invieranno con cadenza quindicinale alle "Società Delegatarie" per il tramite dell'Intermediario, un elenco provvisorio di nominativi da inserire in Convenzione;

II. l'Associazione "Antonio Pastore" e il FASDAC confermeranno alle "Società Delegatarie" per il tramite dell'Intermediario, l'ingresso definitivo dell'Assicurato in Convenzione, non appena ne abbiano avuto conoscenza;

III. nel periodo intercorrente tra l'invio alle "Società Delegatarie" dell'elenco provvisorio e la ricezione, da parte delle Società stesse, dei premi utili e sufficienti a dare copertura alle garanzie assicurative previste dalla Convenzione, l'Assicurato sarà considerato in copertura – nei limiti contrattualmente stabiliti - per un massimo di duecento giorni dalla data di nomina a Dirigente.

IV. Il Dirigente dovrà compilare e trasmettere all'Associazione e al FASDAC, per il tramite dell'Intermediario, gli appositi moduli predisposti, l'uno costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità dell'Assicurato e la designazione dei Beneficiari cui spettano le somme assicurate in caso di decesso dell'Assicurato stesso denominato "Modulo AB – Dichiarazioni dell'Aderente", l'altro costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del Delegato alla riscossione della rendita in caso di non autosufficienza denominato "Modulo

DD – Designazione Delegato alla riscossione della Rendita collegata a problemi di non autosufficienza".

Per tutti gli Assicurati già in garanzia con le precedenti Polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita e delle Polizze cumulative per l'Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia, Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio e Assicurazione Ponte, comprese nella Convenzione "Antonio Pastore 3175", il diritto alle presenti nuove garanzie avviene automaticamente, senza necessità di invio di alcuna ulteriore documentazione.
Restano quindi valide le più recenti designazioni dei Beneficiari e del Delegato alla riscossione della rendita di non autosufficienza effettuate dall'Assicurato relative alla Convenzione "Antonio Pastore" 3175 o, se mancanti, effettuate sulle precedenti Convenzioni "Antonio Pastore" 3140, "Antonio Pastore" 3108 e "Antonio Pastore" 3049.
Per tutti gli Assicurati di cui sopra, la designazione dei Beneficiari in caso di decesso, sarà ritenuta valida anche per il caso di decesso a seguito di Infortunio professionale ed extraprofessionale seppur effettuata precedentemente al 01/01/2022 (data di entrata in vigore della forma assicurativa "Infortuni Professionali ed extraprofessionali" – Convenzione "Antonio Pastore" 3175).

La designazione beneficiaria effettuata per le suddette Convenzioni **non ha alcun effetto sulla Convenzione "Previr"**, che ha preceduto le Convenzioni "Antonio Pastore" fino al 31/12/1997.

3. PRESTAZIONI

Di seguito vengono riportate le prestazioni assicurative relative alla presente Convenzione:

a. forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" (tar. MP04)

Con la quale:

a.1.1 in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale fissata al compimento del 65° anno di età, sempreché l'Assicurato stesso non risulti ancora in servizio come Dirigente di Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, verrà reso disponibile all'Assicurato stesso il Capitale maturato a scadenza secondo quanto stabilito nella successiva Sezione 2;

a.1.2 in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale verrà liquidato ai Beneficiari designati il Capitale maturato al ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, con il minimo della somma dei premi

versati nella presente forma assicurativa secondo quanto stabilito nella successiva Sezione 2.

Per i Dirigenti "a contribuzione agevolata", il Capitale maturato alla scadenza contrattuale o in caso di decesso nel corso della durata contrattuale, relativo alla presente forma assicurativa, è quello derivante esclusivamente dai premi non utili a garantire le prestazioni previste dalle forme "Temporanea caso morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)", "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", "Invalidità Permanente conseguente a Malattia", "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio", "Assicurazione Ponte" nonché "Infortuni professionali ed extraprofessionali".

b. forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale"

Con la quale, in caso di morte dell'Assicurato non oltre il suo 70° anno d'età, sarà liquidato ai Beneficiari designati il capitale assicurato della forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale" eventualmente incrementato in caso di commorienza dell'Assicurato con il proprio coniuge/convivente secondo quanto previsto nella successiva Sezione 3.

c. forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread disease)"

Con la quale, all'Assicurato che non abbia superato il 70° anno di età, in caso di insorgenza di una delle malattie gravi previste nella successiva Sezione 4, sarà liquidato il capitale assicurato della forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)".

d. forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza"

d.1 Nella forma "Temporanea": con la quale si garantisce all'Assicurato che venga a trovarsi, durante il periodo contrattuale, ma non oltre il suo 70° anno di età, in uno stato di dipendenza totale e permanente, l'erogazione di una rendita mensile e di un Capitale in un'unica soluzione pari a cinque mensilità di rendita contestualmente alla prima rata di rendita mensile;

d.2 Nella forma "a Vita Intera" (garanzia prestata agli Affiliati all'Associazione "Antonio Pastore"; forma con pagamento premi fino all'80° anno di età): con la quale si garantisce all'Assicurato, in qualsiasi momento venga a trovarsi in uno stato di dipendenza totale e permanente, l'erogazione di una rendita mensile.

e. forma assicurativa "Invalidità Permanente conseguente a Malattia"

Con la quale:

e.1 al Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "a contribuzione agevolata", in caso d'Invalidità conseguente a malattia che si manifesti durante il periodo contrattuale ma non oltre il 70° anno di età, e dalla quale derivi la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità d'esercizio della propria professione;

e.2 al Prosecutore Volontario dell'Associazione "Antonio Pastore", in caso d'Invalidità conseguente a malattia che si manifesti durante il periodo contrattuale ma non oltre il 65° anno di età, e dalla quale derivi la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità d'esercizio di una generica attività lavorativa

verrà liquidato un determinato Indennizzo.

f. forma assicurativa "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio"

Con la quale:

f.1 all'"Affiliato" colpito da Invalidità permanente totale conseguente a malattia od infortunio, che si manifesti durante il periodo contrattuale non oltre il 60° anno di età, si garantisce fino al 65° anno di età la prosecuzione gratuita del Piano assicurativo attuato mediante assicurazioni in forma "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale";

f.2 al Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "a contribuzione agevolata" colpito da Invalidità permanente totale conseguente a malattia od infortunio, che si manifesti durante il periodo contrattuale oltre il 60° e fino al 70° anno di età, si garantisce fino al 70° anno di età la prosecuzione gratuita del Piano assicurativo, attuato mediante assicurazioni in forma "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale";

f.3 al Prosecutore volontario dell'Associazione "Antonio Pastore" colpito da Invalidità permanente totale conseguente a malattia od infortunio, che si manifesti durante il periodo contrattuale oltre il 60° e fino al 65° anno di età, si garantisce fino al 70° anno di età la prosecuzione gratuita del Piano assicurativo, attuato mediante assicurazioni in forma "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale";

per i Dirigenti "a contribuzione agevolata" diversi da quelli "in sospensione degli

obblighi contributivi" la prosecuzione gratuita del piano assicurativo relativamente alla forma "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" avverrà sulla base della contribuzione prevista per i Dirigenti "Ordinari" di cui ai precedenti punti.

g. forma assicurativa "Assicurazione Ponte" (contro il rischio di perdita d'impiego)

Con la quale all'Assicurato senza occupazione a seguito di:

g.1 recesso a carattere individuale o collettivo da parte del datore di lavoro;

g.2 dimissioni da parte del Dirigente per giusta causa;

viene garantita, successivamente alla perdita di occupazione avvenuta nel corso del periodo di assicurazione, la corresponsione dei contributi di natura previdenziale, assistenziale e formativa previsti dai CCNL di categoria a favore degli Enti:

- Fondo Assistenza Sanitaria per i Dirigenti delle Aziende Commerciali e di Trasporto e Spedizione "Mario Besusso" – FASDAC;

- Fondo di Previdenza per i Dirigenti di Aziende Commerciali e di Spedizione e Trasporto "Mario Negri"- FPDAC;

- Centro di Formazione Management del Terziario – CFMT;

- Associazione "Antonio Pastore".

h. forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali"

Con la quale in caso di Infortunio subìto dall'Assicurato nel corso del periodo contrattuale ma non oltre il suo 80° anno di età, durante lo svolgimento delle proprie attività professionali principali e secondarie o di ogni altra attività non a carattere professionale, verrà liquidato:

h.1 all'Assicurato stesso un indennizzo determinato secondo quanto previsto dalla forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali", qualora l'Infortunio abbia avuto come conseguenza una Invalidità Permanente;

h.2 ai Beneficiari designati dall'Assicurato la somma assicurata secondo quanto previsto dalla forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali", qualora l'Infortunio abbia avuto come conseguenza la morte dell'Assicurato.

4. PRESTAZIONI E CONDIZIONI

Le prestazioni previste dalle forme assicurative di cui alla presente Convenzione “3182” sono regolate dalle rispettive Condizioni di assicurazione di cui alle Sezioni 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Tutte le prestazioni relative alle forme assicurative delle Polizze collettive vita di cui alle successive Sezioni 2, 3, 4 e 5 sono soggette ai termini di prescrizione. Il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora l’Assicurato o i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

5. MODALITA’ DI PAGAMENTO E UTILIZZO DEI PREMI

A fronte delle forme assicurative previste della Convenzione “3182” è dovuto:

5.1 per ogni Dirigente “a contribuzione ordinaria” un premio annuo lordo ai sensi dell’Art. 28 del CCNL 12 aprile 2023 per i Dirigenti di aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi ed eventuali successive modificazioni e Artt. equipollenti per gli altri settori contrattuali Manageritalia (Tabella n. 5.1 – Sezione 9);

5.2 per ogni Dirigente “a contribuzione agevolata” un premio annuo lordo, di ammontare variabile in funzione dell’età assicurativa dell’Assicurato, calcolato come somma dei premi relativi alle sole forme assicurative “Temporanea caso morte monoannuale”, “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”, “Assicurazione Ponte” e “Infortuni professionali ed extraprofessionali” come riportato nella Tabella n. 5.2 contenuta nella Sezione 9;

5.3 per ogni Dirigente “a contribuzione agevolata” nominato “in sospensione degli obblighi contributivi” un premio annuo lordo calcolato come somma dei premi relativi alle sole forme assicurative “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea” e “Infortuni professionali ed extraprofessionali” come riportato nella Tabella 5.3 contenuta nella Sezione 9;

5.4 per ogni “Prosecutore volontario” all’Associazione “Antonio Pastore” un premio annuo lordo di ammontare variabile in funzione della scelta di entità contributiva e dell’età assicurativa dell’”Affiliato” come segue: € 4.967,86 (vedi Tabella n. 5.4 – Sezione 9), € 4.338,24 (vedi Tabella n. 5.5 – Sezione 9), premio annuo lordo, di ammontare variabile:

1. (vedi Tabella n. 5.6 – Sezione 9) in funzione dell’età assicurativa

dell'"Affiliato", calcolato come somma dei premi relativi alle forme assicurative "Temporanea caso morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)", "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", "Invalidità Permanente conseguente a Malattia", "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio ". L'ammontare dei premi annui lordi sopra indicati sarà diminuito di € 206,60 nel caso della contemporanea Prosecuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore" e al FASDAC;

2. (vedi Tabella n. 5.7 – Sezione 9) in funzione dell'età assicurativa dell'"Affiliato" alla data di decorrenza della forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita Intera", in caso di scelta esclusiva di questa forma assicurativa;

5.5 per ogni "Prosecutore volontario" al solo FASDAC un premio annuo lordo per la garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" di ammontare pari ad € 206,60.

I suddetti premi annui lordi, suddivisi in rate trimestrali scadenti rispettivamente il 31 dicembre, il 31 marzo, il 30 giugno e il 30 settembre di ogni anno, verranno ripartiti tra ciascuna delle "Società Coassicuratrici" secondo le rispettive quote. I trimestri sopra citati individuano i "periodi contributivi" (1° gennaio/31 marzo – 1° aprile/30 giugno – 1° luglio/30 settembre – 1° ottobre/31 dicembre) a fronte dei quali vengono corrisposti i ratei di premio utilizzati per dare copertura assicurativa ad altrettanti "periodi assicurativi". Periodi contributivi e periodi assicurativi possono coincidere o meno e possono eventualmente riferirsi a frazioni di trimestre, come nel caso in cui l'Assicurato entri in Convenzione o esca dalla stessa in date diverse dalle decorrenze trimestrali sopra indicate.

a. Nel caso d'ingresso

a.1 del Dirigente "a contribuzione ordinaria" in Convenzione sarà versato:

- dall'Associazione "Antonio Pastore" il rateo di premio per il periodo intercorrente tra la data d'ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l'ingresso stesso; tale rateo di premio, se capiente, verrà utilizzato prioritariamente per dare copertura, salvo quanto previsto al successivo punto 12. "Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze", alle seguenti forme assicurative per il sopra descritto periodo contributivo e quello intero immediatamente successivo:

  - "Temporanea caso morte monoannuale";
  - "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)";
  - "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita

Intera” (qualora la forma sia stata scelta dal Dirigente in luogo della forma “Temporanea” prestata dal FASDAC);
- “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”;
- “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”;
- “Assicurazione Ponte”;
- “Infortuni professionali ed extraprofessionali”.

In caso di mancata capienza, il rateo di premio verrà utilizzato per dare copertura alle forme assicurative sopra elencate, per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso dell’”Affiliato” in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso.
Il rateo di premio per il successivo periodo contributivo verrà utilizzato per dare copertura alle forme assicurative sopra elencate, per il periodo intercorrente tra la data di inizio e la data di termine del periodo contributivo stesso e per l’intero periodo contributivo immediatamente successivo;

- dal FASDAC il rateo di premio per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso unitamente al premio trimestrale relativo al periodo contributivo immediatamente successivo rispetto a quello di ingresso per dare copertura, salvo quanto previsto al successivo punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze”, alla garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”;

a.2 del Dirigente “a contribuzione agevolata” in Convenzione, sarà versato:

- dall’Associazione “Antonio Pastore” il rateo di premio utile a dare copertura, nel rispetto di quanto previsto al successivo punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze” alle forme assicurative di cui al precedente punto a.1, per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso e, contestualmente, il rateo di premio utile a dare copertura assicurativa alle medesime forme assicurative per il primo trimestre intero successivo.
- dal FASDAC il rateo di premio per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso unitamente al premio trimestrale relativo al periodo contributivo immediatamente successivo rispetto a quello di ingresso per dare copertura, salvo quanto previsto al successivo punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze”, alla garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”;

a.2 bis del Dirigente “a contribuzione agevolata” nominato “in sospensione degli obblighi contributivi” in Convenzione sarà versato:

- dall’Associazione “Antonio Pastore” il rateo di premio utile a dare copertura, nel rispetto di quanto previsto al successivo punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze” alla forma assicurativa “Infortuni professionali ed extraprofessionali”, per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso e, contestualmente, il rateo di premio utile a dare copertura assicurativa alla medesima forma assicurativa per il primo trimestre intero successivo;
- dal FASDAC il rateo di premio utile a dare copertura, nel rispetto di quanto previsto al successivo punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative - Carenze” alla forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma “Temporanea” per il periodo intercorrente tra la data d’ingresso del Dirigente in Convenzione e il termine del periodo contributivo nel quale è compreso l’ingresso stesso e, contestualmente, il rateo di premio utile a dare copertura assicurativa alla medesima forma assicurativa per il primo trimestre intero successivo.

a.3 del “Prosecutore volontario” si rimanda al successivo punto 16 “Prosecuzione volontaria”.

Per tutti i casi descritti alla presente lettera a.:

- vale quanto previsto alle lettere b., c., d., e., f., g. e h. del punto 12. “Efficacia delle garanzie assicurative – carenze” delle presenti Disposizioni di carattere generale;

- eventuali rimanenze di ratei di premio versato, eccedenti l’utilizzo sopra descritto, saranno investite nella forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” (tar. MP04) che, laddove non già attiva, verrà appositamente attivata.

b. nel caso di cessazione dal servizio del Dirigente, sarà versato dall’Associazione “Antonio Pastore” e dal FASDAC il rateo di premio relativo al periodo contributivo dovuto fino alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Uguale criterio sarà utilizzato nel caso in cui il Prosecutore volontario termini la contribuzione per scelta o se assunto/nominato in qualità di Dirigente di Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi.

6. PAGAMENTO DEL PREMIO

Le rate di premio debbono essere pagate dall’Associazione “Antonio Pastore” e dal

FASDAC – ognuno per quanto di rispettiva competenza - con cadenza quindicinale alle scadenze pattuite mediante Bonifico bancario sul conto corrente intestato all'Intermediario.
A giustificazione del mancato pagamento del premio, l'Associazione e il FASDAC non possono, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza.
E' ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

7. PREMI AGGIUNTIVI

L'Associazione "Antonio Pastore" potrà versare, con le modalità di cui al precedente punto 6 "Pagamento del premio", premi aggiuntivi a favore di quegli "Affiliati" che, precedentemente all'entrata in vigore della Convenzione "3182", abbiano esercitato l'opzione per destinare l'aumento retributivo previsto dal rinnovo della parte economica dei CCNL, per incrementare il premio relativo alla forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04).
Inoltre, l'Associazione "Antonio Pastore" potrà versare premi aggiuntivi a fronte di interessi di mora dallo stesso applicati e riscossi alle Aziende e ai prosecutori volontari in ritardo con il pagamento dei contributi. Tali premi aggiuntivi saranno interamente utilizzati per la forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04).

8. RIMBORSO PREMI

Nel caso di uscita dell'Assicurato dalla Convenzione per perdita della qualifica di Dirigente, gli eventuali ratei di premio eccedenti, corrisposti erroneamente dall'Azienda presso la quale il Dirigente ha prestato servizio attivo, verranno rimborsati integralmente. Nel caso di rimborso premi da effettuarsi per particolari cause, (quali disconoscimenti da parte dell'I.N.P.S. della qualifica di Dirigente o dell'inquadramento dell'Azienda in uno dei settori contrattuali Manageritalia), verranno rimborsati i premi versati relativi alla sola forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04).
In ottemperanza a quanto sopra indicato, l'Associazione "Antonio Pastore" e il FASDAC comunicheranno alla "Società Delegataria" le causali/modalità relative al rimborso.

9. RIPARTIZIONE DEI PREMI

Ciascun importo di premio trimestrale interamente versato dall'Associazione "Antonio Pastore" e dal FASDAC (per quest'ultimo limitatamente alla forma assicurativa "Rendita collegata a Problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea"), pervenuto alle "Società Delegatarie", sarà ripartito, fermo restando quanto previsto al precedente punto 5. "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi", come segue:

a. per i Dirigenti "Ordinari" che non abbiano superato il 70° anno d'età (età "assicurativa" calcolata alla data di ingresso in assicurazione per i nuovi ingressi e

successivamente al 1° Gennaio dell'esercizio relativo al periodo assicurativo considerato):

a.1. per le forme assicurative "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" (tar. MP04) e "Temporanea caso morte monoannuale"
€ 933,98
il premio dovuto a fronte del capitale assicurato per tale ultima forma assicurativa sarà annualmente determinato a norma di quanto stabilito all'Art. 7 "Premio di assicurazione" della Sezione 3 relativa alla forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale"

a.2. per la forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)"
€ 32,25

a.3. per la forma assicurativa di "Rendita collegata a Problemi di non autosufficienza", (nella forma "Temporanea")
€ 51,65

a.4. per la forma assicurativa "Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia"
€ 156,59

a.5. per la forma assicurativa "Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio"
€ 15,00

a.6. per la forma assicurativa "Assicurazione Ponte"
€ 22,50

a.7. per la forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali"
€ 102,50

La ripartizione suddetta potrà variare in funzione dell'eventuale esercizio da parte dell'Assicurato della facoltà di sospensione della forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale" e, di conseguenza, della sospensione della forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" e/o di attivazione della forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a vita intera" le cui modalità sono riportate, rispettivamente, nelle successive Sezioni 3, 4 e 5.

b. Ciascun importo trimestrale interamente versato di ammontare variabile, pervenuto alle "Società Delegatarie" per ogni Dirigente "a contribuzione agevolata", sarà ripartito come segue:

b.1. per la forma assicurativa “Temporanea caso morte monoannuale” il premio dovuto a fronte del capitale garantito per tale forma assicurativa sarà annualmente determinato a norma di quanto stabilito all’Art. 7. “Premio di assicurazione” della Sezione 3 che regola la suddetta forma assicurativa;

b.2. per la forma assicurativa “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”
€ 32,25

b.3. per la forma assicurativa di “Rendita collegata a Problemi di non autosufficienza”, (nella forma “Temporanea”)
€ 51,65

b.4. per la forma assicurativa “Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia”
€ 156,59

b.5. per la forma assicurativa “Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”
€ 15,00

b.6. per la forma assicurativa “Assicurazione Ponte”
€ 22,50

b.7. per la forma assicurativa “Infortuni professionali ed extraprofessionali”
€ 102,50

c. Ciascun importo trimestrale interamente versato di ammontare variabile, pervenuto alle “Società Delegatarie” per ogni Dirigente “a contribuzione agevolata” nominato “in sospensione degli obblighi contributivi”, sarà ripartito come segue:

c.1. per la forma assicurativa di “Rendita collegata a Problemi di non autosufficienza”, (nella forma “Temporanea”)
€ 51,65

c.2. per la forma assicurativa “Infortuni professionali ed extraprofessionali”
€ 102,50.

Qualsiasi eventuale importo di premio pervenuto alle “Società Delegatarie” per il Dirigente eccedente i premi destinati alle coperture previste ai punti b.1, b.2, b.3, b.4

b.5, b.6, b.7; c.1 e c.2 che precedono, sarà destinato alla forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” (tar.MP04) attivata solo a seguito di tale motivazione.

d. Limitatamente agli “Affiliati” prosecutori volontari si rimanda al successivo punto 16. “Prosecuzione volontaria”.

10. COMPETENZA DEI PREMI E LORO ATTRIBUZIONE

Alle scadenze trimestrali di cui al precedente punto 5. saranno di volta in volta attribuiti i versamenti dei ratei di premio effettuati dall’Associazione “Antonio Pastore” e dal FASDAC, senza soluzione di continuità, indipendentemente dalla data di ricevimento.

Nel caso però che i pagamenti delle rate di premio rimaste insolute corrispondano a periodi assicurativi:

a. relativi all’esercizio in corso o a quello precedente, si garantirà la continuità dei periodi assicurativi e pertanto, le coperture riprenderanno vigore dalle ore 24:00 dell’ultimo giorno in cui sono state efficaci le coperture stesse, ferme restando le successive scadenze contrattualmente stabilite;

b. relativi al secondo esercizio precedente a quello in corso, si garantirà la continuità dei periodi assicurativi solo per le forme assicurative di “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”, “Infortuni professionali ed extraprofessionali” ed “Assicurazione Ponte” e pertanto, le coperture per queste quattro forme riprenderanno vigore dalle ore 24:00 dell’ultimo giorno in cui risultano essere state efficaci le coperture assicurative stesse, fermo restando le successive scadenze contrattualmente stabilite. Le eventuali eccedenze di premio saranno destinate alla forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” (tar. MP04) laddove attiva/attivabile mentre saranno restituite al FASDAC in caso di Assicurati iscritti al solo Fondo.

Resta inteso che, qualora il pagamento delle rate di premio avvenga in presenza di sospensione della copertura a norma del successivo punto 13 “Sospensione della copertura” ed in epoca successiva al decesso dell’Assicurato, i versamenti in parola non potranno essere attribuiti alle scadenze di cui al precedente punto 5. “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” e gli stessi saranno restituiti dalle “Società Delegatarie” all’Associazione “Antonio Pastore” e/o al FASDAC.

Per gli “Affiliati” già in garanzia con la precedente Convenzione “Antonio Pastore” 3175, nel caso in cui le rate di premio rimaste insolute pervengano alle “Società

Delegatarie" a partire dallo 01/01/2025, e siano riferite a periodi assicurativi precedenti, i premi da destinare alla forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar.MP04) seguiranno le norme previste dalla presente Convenzione. I premi per tutte le altre forme assicurative saranno ripartiti in base a quanto previsto dalla Convenzione "Antonio Pastore" 3175. In caso di comunicazione tardiva di nomina o assunzione di un Dirigente o di un periodo pregresso ove sia stato accertato lo svolgimento di attività riconducibile alla qualifica di Dirigente, i premi versati dall'Associazione "Antonio Pastore" alle "Società Delegatarie", incrementati degli interessi di mora, verranno utilizzati per dare copertura assicurativa ai relativi periodi di retrodatazione, seguendo le norme previste al presente punto 10 e al precedente punto 9 "Ripartizione dei premi".

11. SOVRAPPOSIZIONE PERIODI CONTRIBUTIVI

Nel caso in cui l'Associazione "Antonio Pastore" e/o il FASDAC corrispondano alle "Società Delegatarie" ratei di premio in eccedenza rispetto allo stesso periodo contributivo, ma dovuti secondo quanto previsto dai CCNL, questi saranno utilizzati per la sola forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04) che, laddove non già attiva, verrà appositamente attivata.

12. EFFICACIA DELLE GARANZIE ASSICURATIVE - CARENZE

Relativamente a ciascun premio versato, le garanzie prestate dalle forme assicurative entrano in vigore:

a. per la forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04) nel giorno in cui la "Società Delegataria" avrà ricevuto dall'Associazione "Antonio Pastore", tramite l'Intermediario, il primo premio corrisposto;

b. per la forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale" alla data d'ingresso dell'Assicurato in Convenzione sempre che questi abbia maturato, con l'incarico di Dirigente, un'anzianità di servizio di almeno sei mesi e tale incarico non sia stato interrotto per un periodo superiore a sei mesi. In caso contrario, qualora il decesso avvenga prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di ingresso, o di reingresso in Convenzione dell'"Affiliato" in qualità di Dirigente, in luogo del capitale assicurato sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente forma assicurativa. Tale limitazione non sarà applicata nel caso in cui il decesso si verifichi a seguito di:

   b.1. una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'ingresso o il reingresso del Dirigente in Convenzione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale,

polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b.2. shock anafilattico sopravvenuto dopo l'ingresso o il reingresso del Dirigente in Convenzione;

b.3. infortunio;

c. per la forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" alla data d'ingresso dell'Assicurato in Convenzione sempre che questi abbia maturato, con l'incarico di Dirigente, un'anzianità di servizio di almeno sei mesi e tale incarico non sia stato interrotto per un periodo superiore a sei mesi. In caso contrario, qualora la malattia grave, fra quelle enunciate e liquidabili alle condizioni previste dalla forma assicurativa (Sezione 4), insorga prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di ingresso, o di reingresso in Convenzione dell'"Affiliato" in qualità di Dirigente, in luogo del capitale assicurato sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente forma assicurativa;

d. per la forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" alla data di ingresso del Dirigente in Convenzione, salve le limitazioni e le inclusioni disposte dalla lettera b. del presente punto 12., relative alla forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale" (in relazione alla data di inizio della dipendenza);

e. per la forma assicurativa di "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale", utile a garantire la prestazione della forma assicurativa "Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio " nel giorno in cui Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., previa autorizzazione dell'Associazione "Antonio Pastore" verserà, per la forma assicurativa "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio ", al verificarsi dell'evento garantito, il relativo premio in unica soluzione a CNP Vita Assicura S.p.A.;

f. per la forma assicurativa di "Invalidità Permanente conseguente a Malattia" dalla data di ingresso del Dirigente in Convenzione salvo che la malattia che determina l'invalidità permanente indennizzabile alle condizioni previste dalla forma assicurativa (Sezione 6) non si sia manifestata primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente. In caso contrario, qualora la malattia si manifesti nei primi sei mesi

dalla data di ingresso, o di reingresso in Convenzione del Dirigente, le somme eventualmente dovute, sia a titolo provvisorio che definitivo saranno liquidate al cinquanta per cento e comunque non potranno mai essere inferiori alle somme che si sarebbero liquidate nel caso in cui la malattia si fosse manifestata in un periodo precedente alla nomina a Dirigente;

g. per la forma assicurativa di "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio" alla data di ingresso del Dirigente in Convenzione, salve le limitazioni e le inclusioni disposte dalla lettera b. del presente punto 12., relative alla forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale";

h. per la forma assicurativa "Assicurazione Ponte" alla data di ingresso dell'Assicurato in Convenzione, sempre che questi abbia maturato un'anzianità di servizio con l'incarico di Dirigente pari o superiore a sei mesi continuativi immediatamente precedenti:

   - la data del recesso esercitato dal Datore di Lavoro, ossia la data in cui il Dirigente ha ricevuto la comunicazione del licenziamento; oppure:
   - la data di presentazione al Datore di Lavoro, da parte del Dirigente, delle dimissioni per giusta causa;

i. per la forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali" alla data di ingresso del Dirigente in Convenzione salvo quanto previsto all'Art. 5 "Effetto della copertura assicurativa" contenuto nella Sezione 8.

13. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C., le rate di premio dovute dalle Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi presso le quali i Dirigenti prestano servizio attivo e dai Prosecutori volontari di cui al successivo punto 16., dovranno pervenire all'Associazione "Antonio Pastore" e/o al FASDAC entro le ore 24:00 del 70° giorno dalla scadenza della rata (c.f.r. punto 5. "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi"); trascorso tale termine le coperture relative alle forme assicurative "Temporanea caso morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)", "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", "Invalidità Permanente conseguente a Malattia", "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio ", "Assicurazione Ponte" e "Infortuni professionali ed extraprofessionali", resteranno sospese fino alle ore 24:00 del giorno in cui saranno versate all'Associazione "Antonio Pastore" e/o al FASDAC tutte le rate di premio arretrate.

14. BENEFICIARI

I Contrenti rinunciano a favore dei singoli Assicurati alla designazione beneficiaria; pertanto:

a. in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, o nel corso del differimento, così come normato nella successiva Sezione 2, il beneficio del capitale liquidabile spetterà all'Assicurato stesso;

b. in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale o nel corso del differimento per la forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" (tar. MP04) e nel corso della durata contrattuale per la forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale", il beneficio del capitale liquidabile spetterà ai Beneficiari designati per il caso di premorienza dall'Assicurato stesso o, in mancanza di designazione, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari per quote uguali;

c. in caso di malattia grave (Dread Disease) il beneficio della somma assicurata spetterà all'Assicurato stesso;

d. in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, il beneficio della rendita erogabile spetterà all'Assicurato stesso;

e. in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente a malattia, il beneficio della somma assicurata spetterà all'Assicurato stesso;

f. in caso di perdita d'impiego dell'Assicurato (assicurazione "Ponte"), il beneficio della somma assicurata spetta agli Enti, ai quali Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. si obbliga a versare i contributi previsti, a favore dell'Assicurato stesso;

g. in caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato conseguente a Infortunio, il beneficio della somma assicurata spetterà all'Assicurato stesso.
In caso di decesso dell'Assicurato conseguente a Infortunio il beneficio della somma assicurata spetterà ai Beneficiari designati per il caso di premorienza dall'Assicurato stesso o, in mancanza di designazione, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari per quote uguali.

In caso di esonero pagamento premi a seguito di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, il beneficio resta in carico all'Associazione "Antonio Pastore" la quale verserà a CNP Vita Assicura S.p.A. per il tramite di Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., i premi della forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale", necessari a garantire all'Assicurato la prosecuzione del suo Piano assicurativo.

L’Assicurato designa il o i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.
La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

1. dopo che l’Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società Delegataria, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l’accettazione del beneficio;
2. dopo la morte dell’Assicurato;
3. dopo che, verificatosi l’evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società Delegataria di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di Polizza richiedono l’assenso scritto del Beneficiario, creditore pignoratizio o vincolatario (l’avente diritto).
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società Delegataria o contenute in un valido testamento ex art. 1920 c.c. .
In caso di pluralità di designazione e/o testamenti avrà efficacia esclusiva l’ultima designazione avvenuta.

15. CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

A conferma delle coperture assicurative sarà emesso, a favore dell’Assicurato, un Certificato di assicurazione.
L’emissione del Certificato di assicurazione, a cura delle “Società Delegatarie”, avverrà entro tre mesi dalla data di incasso, da parte delle Società stesse, del primo premio versato a favore dell’Assicurato.

16. PROSECUZIONE VOLONTARIA

In caso di:

1. perdita della qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi;

2. omesse contribuzioni da parte dell’Azienda presso la quale il Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi presta servizio attivo;

3. sospensione della contribuzione da parte dell’Azienda presso la quale il Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi presta servizio attivo, a seguito della concessione di un periodo di aspettativa non retribuita”;

4. termine di erogazione della prestazione relativa alla garanzia “Assicurazione Ponte”;

gli “Affiliati” all’Associazione “Antonio Pastore” che non abbiano riscattato totalmente la propria posizione aperta sulla Convenzione “Antonio Pastore” n. 3182 e non abbiano superato i 70 anni di età (anagrafica) possono presentare apposita domanda di prosecuzione volontaria mediante compilazione del “Modulo PV – Domanda di prosecuzione volontaria” il cui fac-simile è contenuto nella Sezione 10 - entro diciotto mesi:

i. dalla data di cessazione dal servizio comprensivo del periodo di preavviso o di indennità sostitutiva di preavviso;
ii. dal termine dell’ultimo periodo contributivo regolarmente versato dall’Azienda dalla quale dipendono;
iii. dalla data di inizio del periodo di aspettativa non retribuita;
iv. dal termine dell’ultimo periodo contributivo liquidato dalla forma assicurativa “Assicurazione Ponte”

per usufruire delle prestazioni garantite dalle forme assicurative: “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”, “Temporanea caso morte monoannuale”, “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, “Invalidità Permanente conseguente a Malattia” ed “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio” previste dalla presente Convenzione.
La prosecuzione volontaria è concessa fino al pagamento del trimestre di premio relativo al penultimo periodo contributivo precedente il compimento del 75° anno di età anagrafica dell’”Affiliato”, al fine di consentire l’investimento del premio nella forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” entro il raggiungimento del termine massimo stabilito fissato al compimento del 75° anno di età anagrafica dell’”Affiliato” stesso.

Nel caso in cui l’”Affiliato”, abbia chiesto ed ottenuto la prosecuzione volontaria al FASDAC, la forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto decurtata, sia come prestazione sia come premio, dalla prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore”.

La forma assicurativa “Assicurazione Ponte” sarà garantita solo nei casi previsti ai punti 2. e 3. che precedono.

Se la domanda di prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore” è presentata:

a. entro sei mesi dalle date descritte ai precedenti punti i., ii., iii., iv., sono pienamente efficaci le forme assicurative: “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”, “Temporanea caso morte monoannuale”,

“Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio” ed “Assicurazione Ponte” (per quest’ultima forma assicurativa solo nei casi previsti ai punti 2. e 3. che precedono) previste dalla presente Convenzione, a condizione che l’incarico di Dirigente sia stato sostenuto senza interruzioni nei sei mesi precedenti; in caso contrario verrà applicato un periodo di carenza così come specificato al successivo punto 17. ”Carenze per i prosecutori volontari” Se l’”Affiliato”, fermo restando quanto previsto al precedente punto 13. “Sospensione della copertura”, non corrisponderà il premio entro tre mesi dalla data di scadenza di pagamento della prima rata di prosecuzione volontaria di cui al precedente punto 5. “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi”, la domanda di prosecuzione volontaria sarà considerata nulla e perderà ogni efficacia;

b. trascorsi sei mesi dalle date descritte ai punti i., ii., iii. e iv. che precedono, l’”Affiliato” dovrà sottoporsi ad accertamenti sanitari per ottenere le prestazioni relative alle forme assicurative “Temporanea caso morte monoannuale”, “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (se non già prestata dal FASDAC mediante la prosecuzione volontaria al Fondo stesso ottenuta dall’Assicurato), “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio” ed “Assicurazione Ponte” (per quest’ultima forma assicurativa solo nei casi previsti ai punti 2. e 3. che precedono).
Dopo l’analisi degli accertamenti sanitari le “Società Delegatarie” potranno accettare o non accettare di prestare le garanzie relative alle forme assicurative suddette.
Se l’”Affiliato” prosecutore volontario dichiara di non volersi sottoporre agli accertamenti sanitari o, se in base all’analisi degli stessi le “Società Delegatarie” non accettino di prestare le garanzie relative alle forme assicurative suddette, l’intero premio assicurativo sarà utilizzato per la forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” oppure restituito all’”Affiliato” nel caso quest’ultimo scelga di annullare la domanda di adesione alla prosecuzione volontaria o abbia optato per la prosecuzione volontaria alla sola forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma a “vita intera”.
Le coperture assicurative resteranno comunque sospese fino a quando, presentati gli accertamenti sanitari richiesti, le “Società Delegatarie” non abbiano formulato esito positivo dopo l’analisi degli stessi e l’”Affiliato” non avrà corrisposto tutte le rate di premio relative al periodo contributivo di prosecuzione volontaria richieste.
Gli accertamenti sanitari dovranno essere consegnati dall’”Affiliato” entro tre mesi

dalla notifica della richiesta; nel caso in cui non vengano presentati entro tale termine o non vengano corrisposte tutte le rate di premio, fermo restando quanto previsto al precedente punto 13. “Sospensione della copertura”, entro tre mesi dalle date di scadenza di pagamento di cui al precedente punto 5. “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi”, la domanda di adesione alla prosecuzione volontaria verrà considerata nulla, perderà ogni efficacia e le eventuali rate di premio già corrisposte saranno restituite all’”Affiliato”.

La prosecuzione volontaria e le rate di premio dovute dall’”Affiliato” e richieste dall’Associazione “Antonio Pastore” decorreranno, senza soluzione di continuità, dal giorno successivo alle date descritte ai punti i., ii., iii. e iv che precedono.

Entro il 31 dicembre 2024 il Contraente fornirà alle “Società Delegatarie” i nominativi di quegli “Affiliati” prosecutori volontari che possono continuare la contribuzione secondo capitali assicurati e importi di premio diversi da quelli definiti al presente punto 16.

La prosecuzione volontaria consente all’”Affiliato” di versare, un importo trimestrale di premio di € 1.241,97, da ripartirsi, per coloro che, al 1° Gennaio dell’esercizio relativo al periodo assicurativo considerato non abbiano superato il 65° anno di età assicurativa, fra le diverse garanzie assicurative, come segue:

I. per le forme assicurative “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”, “Temporanea caso morte monoannuale” e “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”
€ 1.018,73
il premio dovuto a fronte del capitale garantito dalla forma assicurativa “Temporanea caso morte monoannuale” sarà annualmente determinato a norma di quanto stabilito all’Art. 7- Premio di assicurazione della Sezione 3 “Temporanea caso morte monoannuale”;

II. per la forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, (nella forma “Temporanea”)
€ 51,65

III. per la forma assicurativa “Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia”
€ 156,59

IV. per la forma assicurativa “Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”
€ 15,00.

nel caso in cui l'Assicurato risulti prosecutore volontario anche al FASDAC, la forma assicurativa di cui al precedente punto II. viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto eliminata dalle garanzie prestate per la prosecuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore"; non sarà applicato il punto II. alla ripartizione sopra esposta e l'importo trimestrale di premio ammonterà ad € 1.190,32.
Nel caso in cui l'Assicurato prosecutore volontario all'Associazione "Antonio Pastore" e al FASDAC acquisisca lo status di "pensionato FASDAC" e non abbia ancora superato il 70° anno di età assicurativa, la forma assicurativa di cui al precedente punto II. tornerà ad essere prestata mediante la contribuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore" e pertanto re-inserita nella ripartizione sopra indicata.
Nel caso in cui l'"Affiliato" abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore" a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono, alla ripartizione sopra indicata dovrà aggiungersi la forma assicurativa "Assicurazione Ponte" per un importo trimestrale di premio pari ad € 22,50. L'importo di premio indicato al punto I. che precede, sarà pertanto pari ad € 996,23.

Per gli "Affiliati" prosecutori volontari che al 1° Gennaio dell'esercizio relativo al periodo assicurativo considerato abbiano un'età assicurativa compresa fra il 66° e il 70° anno, l'importo trimestrale di premio di € 1.241,97, sarà ripartito fra le diverse garanzie assicurative come di seguito indicato:

i. per le forme assicurative "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale", "Temporanea caso morte monoannuale" e "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)"
€ 1.190,32

ii. per la forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", (nella forma "Temporanea")
€ 51,65

nel caso in cui l'Assicurato risulti prosecutore volontario anche al FASDAC, la forma assicurativa di cui al precedente punto ii. viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto eliminata dalle garanzie prestate per la prosecuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore"; non sarà applicato il punto ii. alla ripartizione sopra esposta e l'importo trimestrale di premio ammonterà ad € 1.190,32.
Nel caso in cui l'Assicurato prosecutore volontario all'Associazione Antonio Pastore e al FASDAC acquisisca lo status di "pensionato FASDAC" e non abbia ancora superato il 70° anno di età assicurativa, la forma assicurativa di cui al precedente punto ii. tornerà ad essere prestata mediante la contribuzione volontaria

all’Associazione Antonio Pastore e pertanto re-inserita nella ripartizione sopra indicata.

Nel caso in cui l’”Affiliato” abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono, alla ripartizione sopra indicata dovrà aggiungersi la forma assicurativa “Assicurazione Ponte” per un importo trimestrale di premio pari ad € 22,50. L’importo di premio indicato al punto i. che precede sarà pertanto pari ad € 1.167,82.

Per i prosecutori volontari che al 1° gennaio dell’esercizio relativo al periodo assicurativo considerato abbiano superato il 70° anno d’età assicurativa, l’importo trimestrale di premio di € 1.241,97, sarà interamente utilizzato per la forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”.

La prosecuzione volontaria consente all’”Affiliato” di versare, in alternativa all’importo trimestrale di premio di € 1.241,97, un importo trimestrale di premio di € 1.084,56, da ripartirsi, per coloro che al 1° gennaio dell’esercizio relativo al periodo assicurativo considerato non abbiano superato il 65° anno di età assicurativa, ferme restando le modalità e le priorità di ripartizione dei premi sulle forme assicurative di cui ai punti I., II., III. e IV. del presente punto 16., in base ai seguenti criteri:

- i premi previsti per le forme assicurative di cui ai punti II., III. e IV. che precedono restano invariati, mentre per le forme assicurative di cui al punto I. che precede, il premio è pari a € 861,32.

Nel caso in cui l’Assicurato risulti prosecutore volontario anche al FASDAC, la forma assicurativa di cui al precedente punto II. viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto eliminata dalle garanzie prestate per la prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore”; non sarà applicato il punto II. alla ripartizione sopra esposta e l’importo trimestrale di premio ammonterà ad € 1.032,91.
Nel caso in cui l’Assicurato prosecutore volontario all’Associazione Antonio Pastore e al FASDAC acquisisca lo status di “pensionato FASDAC” e non abbia ancora superato il 70° anno di età assicurativa, la forma assicurativa di cui al precedente punto II. tornerà ad essere prestata mediante la contribuzione volontaria all’Associazione Antonio Pastore e pertanto re-inserita nella ripartizione sopra indicata.

Nel caso in cui l’”Affiliato” abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono, alla ripartizione sopra indicata dovrà aggiungersi la forma assicurativa “Assicurazione Ponte” per un importo trimestrale di premio pari ad € 22,50. L’importo di premio indicato al punto I. che precede sarà pari ad € 838,82.

Per gli “Affiliati” prosecutori volontari che al 1° gennaio dell’esercizio relativo al periodo assicurativo considerato abbiano un’età assicurativa compresa fra il 66° e il 70° anno, il premio previsto per la forma assicurativa di cui al precedente punto ii. resta invariato, mentre per le forme assicurative di cui al precedente punto i. il premio è pari a €1.032,91.

Nel caso in cui l’Assicurato risulti prosecutore volontario anche al FASDAC, la forma assicurativa di cui al precedente punto ii. viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto eliminata dalle garanzie prestate per la prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore”; non sarà applicato il punto ii. alla ripartizione sopra esposta e l’importo trimestrale di premio ammonterà ad € 1.032,91.
Nel caso in cui l’Assicurato prosecutore volontario all’Associazione Antonio Pastore e al FASDAC acquisisca lo status di “pensionato FASDAC” e non abbia ancora superato il 70° anno di età assicurativa, la forma assicurativa di cui al precedente punto ii. tornerà ad essere prestata mediante la contribuzione volontaria all’Associazione Antonio Pastore e pertanto re-inserita nella ripartizione sopra indicata.

Nel caso in cui l’”Affiliato” abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono, alla ripartizione sopra indicata dovrà aggiungersi la forma assicurativa “Assicurazione Ponte” per un importo trimestrale di premio pari ad € 22,50. L’importo di premio indicato al punto i. che precede sarà pari ad € 1.010,41.

Per gli “Affiliati” prosecutori volontari che al 1° gennaio dell’esercizio relativo al periodo assicurativo considerato abbiano superato il 70° anno d’età assicurativa, l’importo trimestrale di premio di € 1.084,56, sarà interamente utilizzato per la forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”.

In alternativa agli importi trimestrali di premio sopra descritti, la prosecuzione volontaria consente all’”Affiliato” di versare un importo di premio utile a garantire:

A. le seguenti forme assicurative:

- “Temporanea caso morte monoannuale”;
- “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”,
- “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma Temporanea);
- “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”;
- “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”

oppure

B. la sola forma assicurativa:

- “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma “a Vita Intera”).

Nel caso previsto al punto A. che precede, la forma assicurativa “Assicurazione Ponte” sarà compresa nell’importo di premio solo nel caso in cui l’”Affiliato” abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono.
La prosecuzione volontaria per la sola forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma “a Vita Intera”) - punto B. che precede - non può essere scelta nel caso in cui l’”Affiliato” abbia presentato la relativa domanda a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. che precedono.

Gli importi trimestrali di premio interamente versati (di ammontare variabile nel caso del punto A. che precede), pervenuti alle “Società Delegatarie” per ogni “Affiliato”, saranno ripartiti, per il punto A. che precede, con i criteri previsti nella Tabella 5.6 della Sezione 9.
L’importo trimestrale di premio utile a garantire la forma assicurativa di cui al punto B. che precede è indicato nella Tabella 5.7 della Sezione 9, in riferimento all’età assicurativa raggiunta dall’”Affiliato” alla data di decorrenza della forma assicurativa stessa.

Nel caso in cui l’Assicurato risulti prosecutore volontario anche al FASDAC:

- per quanto previsto al punto A. che precede la forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma Temporanea) viene prestata alle medesime condizioni mediante la contribuzione richiesta dal FASDAC stesso e pertanto eliminata dalle garanzie prestate per la prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore”;
- per quanto previsto al punto B. che precede, la forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma Temporanea) sarà eliminata dalle garanzie prestate dal FASDAC.

Per quanto previsto al punto A. che precede, nel caso in cui l’Assicurato prosecutore volontario all’Associazione Antonio Pastore e al FASDAC acquisisca lo status di “pensionato FASDAC” e non abbia ancora superato il 70° anno di età assicurativa, la forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” (forma Temporanea), tornerà ad essere prestata mediante la contribuzione volontaria all’Associazione Antonio Pastore e pertanto re-inserita nella contribuzione stessa.

Per quanto previsto al punto A. che precede, se la domanda di prosecuzione volontaria con versamento di importo di premio utile a garantire solo le forme assicurative sopra precisate è presentata nei termini di cui alla lettera b. che precede

e le “Società Delegatarie”, in base all’analisi degli accertamenti sanitari richiesti, non accettino di prestare le garanzie assicurative, si procederà all’annullamento della domanda di prosecuzione volontaria e alla restituzione delle rate di premio eventualmente già corrisposte dall’”Affiliato”.
Per quanto previsto al punto B. che precede, le “Società Delegatarie” chiederanno l’accertamento dello stato di salute dell’”Affiliato” indipendentemente dai termini di presentazione della domanda di prosecuzione volontaria di cui alle lettere a. e b. che precedono. Anche in questo caso, se le “Società Delegatarie”, in base all’analisi degli accertamenti sanitari richiesti, non accettino di prestare la garanzia assicurativa, si procederà all’annullamento della domanda di prosecuzione volontaria e alla restituzione delle rate di premio eventualmente già corrisposte dall’”Affiliato”.

Tutte le ripartizioni suddette potranno variare in funzione dell’eventuale esercizio, da parte dell’”Affiliato”, delle opzioni previste, a partire dal 55° anno di età assicurativa di cui all’Art 3 “Prestazioni assicurate” delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 5 (Rendita collegata a problemi di non autosufficienza) e a partire dal superamento del 65° anno di età assicurativa di cui all’Art. 14 “Interruzione della garanzia assicurativa” delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 3 (Temporanea caso morte monoannuale).

È data facoltà all’Assicurato prosecutore volontario all’Associazione “Antonio Pastore” di modificare il premio corrisposto, adeguandolo ad uno degli importi su indicati. Nel caso in cui tale modifica comporti un incremento dei capitali assicurati per le forme assicurative di “Temporanea caso morte monoannuale”, “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, “Invalidità Permanente conseguente a Malattia” ed “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio” o l’adesione alla forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma a “vita intera”, l’Assicurato dovrà sottoporsi ad accertamenti sanitari.
Se l’Assicurato non si sottopone agli accertamenti sanitari e non presenta tutta la documentazione richiesta entro tre mesi dalla notifica della richiesta degli accertamenti ai quali deve sottoporsi o, se in base all’analisi degli accertamenti stessi, le “Società Delegatarie” non accettino di prestare le garanzie relative alle forme assicurative “Temporanea caso morte monoannuale”, “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, “Invalidità Permanente conseguente a Malattia” ed “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”, l’eventuale intero incremento di premio sarà utilizzato per la forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale”.
In caso di incremento dei capitali assicurati, l’efficacia della maggiorazione delle coperture assicurative resterà sospesa fino a quando l’Assicurato non avrà presentato gli accertamenti sanitari richiesti e le “Società Delegatarie” non abbiano formulato esito positivo dopo l’analisi degli stessi.

Tutti gli “Affiliati” prosecutori volontari alla sola Associazione “Antonio Pastore” non assicurati per la garanzia di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, nella forma “Temporanea” che ne richiedano l’attivazione, dovranno necessariamente sottoporsi ad accertamenti sanitari. L’importo di premio di € 206,60, suddiviso in rate trimestrali, sarà prelevato dal contributo volontario già corrisposto adeguato, nel caso fosse inferiore, agli importi trimestrali di prosecuzione volontaria previsti dalla presente Convenzione.

La garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, nella forma “Temporanea”, sempreché l’analisi degli accertamenti sanitari abbia dato esito positivo, decorrerà dall’inizio del trimestre (1° gennaio, 1° aprile, 1° luglio, 1° ottobre), nel quale l’”Affiliato” ne abbia chiesto l’attivazione. Il prelevamento del premio della garanzia dal contributo volontario varrà dall’inizio del trimestre precedente a quello della decorrenza.

Attivata la garanzia di cui sopra, la prestazione di “Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio” prevederà il completamento del Piano assicurativo anche per la suddetta copertura.

Tutti i prosecutori volontari con età assicurativa pari o superiore a 55 anni, che desiderino attivare la forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “a Vita Intera” devono necessariamente sottoporsi ad accertamenti sanitari ed all’adeguamento del contributo volontario che dovrà comprendere il premio della suddetta forma assicurativa.
Nel caso in cui il contributo volontario non fosse sufficiente a garantire le coperture in essere, verrà richiesta al prosecutore volontario un’integrazione di premio sufficiente a garantire, oltre a tutte le coperture in essere anche il premio per la forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” in forma “a Vita Intera”.
La garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, nella forma “a Vita Intera”, decorrerà dall’inizio del trimestre (1° gennaio, 1° aprile, 1° luglio, 1°ottobre), nel quale l’”Affiliato” ne abbia chiesto l’attivazione. L’integrazione di premio varrà dall’inizio del trimestre precedente a quello della decorrenza.
Qualora venga scelta la prosecuzione volontaria alla sola forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “a Vita intera”, l’entità del contributo volontario trimestrale dovrà essere pari all’importo di cui alla successiva Tabella 5.7 in relazione all’età raggiunta dall’”Affiliato” alla data di decorrenza della forma assicurativa stessa.

La garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”, nella forma “Temporanea” o “Vita Intera” resterà sospesa fino a quando l’”Affiliato” non avrà presentato gli accertamenti sanitari e la “Società Delegataria” non avrà

accettato di prestare la garanzia richiesta. Gli accertamenti sanitari a cui l'"Affiliato" deve sottoporsi, dovranno essere consegnati entro tre mesi dalla notifica della richiesta; nel caso in cui non vengano presentati entro tale termine, la domanda per l'attivazione della garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", verrà considerata nulla e perderà ogni efficacia.

Le eventuali integrazioni di premio già pagate saranno utilizzate per la forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale".

L'attivazione della garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Vita Intera" nell'ambito della prosecuzione volontaria all'Associazione "Antonio Pastore" determinerà la cessazione della medesima garanzia nella forma "Temporanea", anche nel caso in cui l'Assicurato sia prosecutore volontario al FASDAC.

17. CARENZE PER I PROSECUTORI VOLONTARI

Per il caso previsto alla lettera a. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria", qualora il decesso dell'"Affiliato" prosecutore volontario avvenga entro i primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente, in luogo del capitale assicurato dalla forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale", verrà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati per tale forma assicurativa.

La suddetta carenza non verrà applicata qualora il decesso si verifichi a seguito di uno dei casi previsti alle lettere b.1., b.2. e b.3. del precedente punto 12. "Efficacia delle garanzie assicurative – carenze".

Per il caso previsto alla lettera a. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria", qualora la malattia grave, fra quelle enunciate e liquidabili alle condizioni previste dalla forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" di cui alla Sezione 4, insorga entro i primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente, in luogo del capitale assicurato, all'"Affiliato" prosecutore volontario sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente forma assicurativa.

Per le forme assicurative: "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" (in relazione alla data di inizio della dipendenza) ed "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio", per il caso previsto alla lettera a. del precedente punto 16 "Prosecuzione volontaria", vengono applicate le limitazioni e le inclusioni su definite e previste in caso di decesso dell'"Affiliato" prosecutore volontario.

Relativamente alla forma assicurativa di "Invalidità Permanente conseguente a

Malattia", per il caso previsto alla lettera a. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria", qualora l'invalidità permanente si manifesti nei primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente, le somme eventualmente dovute, sia a titolo provvisorio che a titolo definitivo, saranno liquidate al cinquanta per cento e comunque non potranno mai essere inferiori alle somme che si sarebbero liquidate nel caso in cui la malattia si fosse manifestata in un periodo precedente alla nomina a Dirigente dell'"Affiliato".

Per il caso previsto alla lettera b. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria", qualora la Società Delegataria abbia richiesto di eseguire, fra gli altri accertamenti dello stato di salute, il test HIV e l'"Affiliato" non aderisca a tale richiesta, rimane convenuto che nel caso in cui il decesso dell'"Affiliato" o l'insorgenza della malattia grave - fra quelle enunciate e liquidabili alle condizioni previste dalla forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" - si verifichi nei primi sette anni dalla richiesta di prosecuzione volontaria e siano dovuti a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra malattia ad essa collegata o, nel caso in cui lo stato di dipendenza totale e permanente si manifesti nei primi sette anni dalla richiesta di prosecuzione volontaria e sia dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra malattia ad essa collegata, i capitali assicurati e/o la rendita, non saranno pagati e la "Società Delegataria" corrisponderà una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto degli accessori.

Per la forma assicurativa "Assicurazione Ponte", prestata solo nel caso in cui l'"Affiliato" abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria" resta fermo quanto previsto alla lettera h. del precedente punto 12. "Efficacia delle garanzie assicurative – carenze".

18. SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE PER I PROSECUTORI VOLONTARI ALL'ASSOCIAZIONE ANTONIO PASTORE

È consentito all'"Affiliato" prosecutore volontario, di sospendere e riattivare successivamente la contribuzione e, di conseguenza, le prestazioni delle garanzie assicurative. La richiesta scritta di sospensione dovrà essere inoltrata dall'"Affiliato" alla Associazione "Antonio Pastore" o all'Intermediario. Le coperture relative alle forme assicurative "Temporanea caso morte monoannuale", "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)", "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza", "Invalidità Permanente conseguente a Malattia", "Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio" e "Assicurazione Ponte" (quest'ultima presente solo nel caso in cui l'"Affiliato" abbia presentato la domanda di prosecuzione volontaria a seguito di una delle casistiche descritte ai punti 2. e 3. del precedente punto 16. "Prosecuzione volontaria"), resteranno sospese fino alle ore 24:00 del giorno in cui saranno versate

all'Associazione "Antonio Pastore", in caso di riattivazione, tutte le rate arretrate di premio arretrate. La riattivazione avrà l'effetto di ripristinare le coperture suddette, precedentemente sospese, dietro corresponsione delle rate di premio arretrate, aumentate degli interessi legali.
L'attribuzione delle rate di premio arretrate corrisposte, seguirà quanto previsto al punto 10. "Competenza dei premi – loro attribuzione".

Nel caso in cui l'"Affiliato" prosecutore volontario non corrisponda le rate di premio richieste dall'Associazione "Antonio Pastore", trascorsi sei mesi dal termine dell'ultimo periodo contributivo pagato, anche in mancanza di richiesta scritta di sospensione dell'"Affiliato", la prosecuzione volontaria verrà considerata sospesa "d'ufficio".

Nel caso la sospensione della contribuzione permanga oltre sei mesi ed entro due anni dal termine dell'ultimo periodo contributivo pagato, la riattivazione della contribuzione potrà avvenire solo previa espressa domanda dell'"Affiliato" il quale dovrà presentare gli accertamenti sanitari richiesti dalle "Società Delegatarie". Queste ultime accetteranno o rifiuteranno la riattivazione in base alla valutazione degli accertamenti sanitari. In caso di accettazione l'Associazione "Antonio Pastore" provvederà a richiedere all'"Affiliato", in unica soluzione, il pagamento delle rate arretrate decorrenti dal giorno successivo il termine dell'ultimo periodo contributivo pagato e fino al termine dell'ultimo trimestre appena trascorso.

Nel caso in cui l'"Affiliato" non presenti gli accertamenti sanitari richiesti entro tre mesi dalla notifica, la domanda di riattivazione sarà considerata nulla. La contribuzione e le prestazioni delle garanzie assicurative resteranno sospese.

Eventuali rate di premio pagate in maniera discontinua non permetteranno la riattivazione delle prestazioni che rimarranno sospese fino al pagamento di tutte le rate di premio rimaste insolute e fino a che le "Società Delegatarie" non abbiano avuto modo di valutare lo stato di salute dell'"Affiliato".

Non saranno accettate domande di riattivazione della prosecuzione volontaria presentate dall'"Affiliato" oltre due anni dal termine dell'ultimo periodo contributivo pagato. Decorso tale termine la prosecuzione volontaria sarà considerata cessata.

Il presente punto 18. non si applica alla prosecuzione volontaria al solo FASDAC.

19. "FONDO UNICO"

19.1 - Istituzione ed alimento del "Fondo Unico"

Viene istituito un "Fondo Unico" derivante dall'andamento tecnico delle garanzie

previste alle Sezioni 3, 4, 5, 6, 7 e 8 delle presenti Condizioni di polizza, che dovrà essere utilizzato dall'Associazione "Antonio Pastore", se di segno positivo, per incrementare e/o alimentare le prestazioni delle forme assicurative a favore degli "Affiliati". Il "Fondo Unico" è alimentato per ogni "Esercizio di Riferimento" - intendendosi per tale il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno di validità della Convenzione - dai risultati derivanti:

a. dall' "Abbuono di premio" di cui all' Articolo 17 "Abbuono di premio" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 3 per la forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale"; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

b. dall' "Abbuono di premio" di cui all' Articolo 19 "Abbuono di premio" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 4 per la forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)"; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

c. dall' "Abbuono di premio" di cui all' Articolo 21 "Abbuono di Premio (Articolo valido per la forma temporanea)" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 5 per la forma assicurativa di "Rendita Collegata a Problemi di non Autosufficienza"; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

d. dall' "Abbuono di premio" di cui all'Articolo 7 "Abbuono di premio" relativo alle Forme Assicurative di "Invalidità Permanente conseguente a Malattia" e "Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 6; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

e. dall' "Abbuono di premio" di cui all'Articolo 12 "Abbuono di premio" relativo alla Forma Assicurativa "Assicurazione Ponte" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 7; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

f. dall' "Abbuono di premio" di cui all'Articolo 35 "Abbuono di premio" relativo alla Forma Assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali" delle Condizioni di assicurazione contenute nella Sezione 8; tale risultato viene considerato sia che assuma segno positivo che negativo;

g. dal valore in caso di morte delle polizze "Mista a premio Unico Ricorrente con rivalutazione annua del Capitale" utili a garantire la prestazione della forma

assicurativa “Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”, non ancora giunte a scadenza alla data del decesso dell’Assicurato che fruiva della prestazione suddetta.

Nel caso in cui l'Abbuono di Premio fosse positivo, lo stesso andrebbe ad incrementare il Fondo Unico; in caso contrario lo stesso andrebbe a ridurre per il medesimo importo il Fondo Unico stesso.

Le Società Delegatarie alimentano il “Fondo Unico” con i risultati di cui alle lettere a., b., c., d., e., f. e g. che precedono, il 30 settembre dell’esercizio successivo ad ogni “Esercizio di Riferimento”.

Successivamente a tale data, le eventuali variazioni dei risultati (“Variazioni Anni Successivi”) saranno assegnate al “Fondo Unico” ad ogni 30 settembre successivo, anche successivamente alla scadenza della Convenzione, fino ad avvenuta liquidazione definitiva del “Fondo Unico” come descritto all’ultimo comma del successivo punto 19.2.

Il "Fondo Unico" potrà essere altresì alimentato da somme versate e ad esso attribuite dall’Associazione “Antonio Pastore”. Dette somme potranno derivare da contributi “indebiti” versati in eccedenza dalle aziende e per i quali non sia possibile la restituzione alle aziende stesse oppure eccedenze da prelevamenti richiesti dall’Associazione non attribuite a favore degli Affiliati.

Il “Fondo Unico” verrà ulteriormente alimentato, con valuta 1° gennaio 2025, con l’ammontare del risultato dei fondi unici residuali, comprensivi degli interessi calcolati secondo le norme in vigore al 31.12.2024, relativi alle Convenzioni “Antonio Pastore” 3175, 3140 e 3108.

Dal 01/01/2025 le risultanze del periodo di riferimento 2024 e le eventuali “Variazioni Anni Successivi” relative alle Convenzioni “Antonio Pastore” 3175, 3140 e 3108, alimenteranno, ogni 30/09 successivo, il Fondo Unico, sia che assumano segno positivo che negativo.

19.2 - Utilizzo del “Fondo Unico”

Nel periodo di validità della Convenzione, a decorrere dall’01.01.2025 e così successivamente per ogni esercizio, l’Associazione “Antonio Pastore” potrà utilizzare il “Fondo Unico” per incrementare e/o alimentare le prestazioni a favore degli “Affiliati”.

Nel periodo di validità della Convenzione, entro il 31.10 di ogni esercizio, le “Società Delegatarie” e il “Contraente” si incontreranno al fine di verificare

congiuntamente la capienza del “Fondo Unico” in relazione all’ammontare stimato degli utilizzi per l’esercizio successivo.

Dopo il periodo di validità della “Convenzione”, alla data del 30.09 successivo, verrà messo a disposizione dalle Società all’Associazione “Antonio Pastore” il 50% dell’ammontare del “Fondo Unico”, che risulterà a tale data, sempreché positivo.
Il saldo residuo, sempreché positivo, verrà messo a disposizione, dalle Società all’Associazione “Antonio Pastore” entro 90 giorni dal 31.12 dell’esercizio in cui si avrà la riduzione di almeno l’80% delle Riserve Sinistri, comprensive di eventuali IBNR (Sinistri Accaduti ma non Denunciati), relative alle forme assicurative “Invalidità Permanente conseguente a Malattia”, “Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio ”, e “Assicurazione Ponte”, “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)” iscritte in bilancio alla scadenza di validità della presente Convenzione e comunque non prima di 5 anni dalla cessazione della Convenzione stessa per tenere conto della sinistrosità della forma assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza”.

19.3 - Interessi relativi al “Fondo Unico”

Sull’ammontare esistente nel “Fondo Unico” maturano interessi che vengono calcolati, ad ogni esercizio, al 31.12. La misura degli interessi sarà pari al “Tasso Medio Annuo” ossia alla media, del tasso Euribor (365) a un mese, con osservazioni al 01/01, all’01/04, all’01/07 e all’01/10, se positiva.

Per le “Variazioni Anni Successivi” la misura degli interessi, da calcolarsi al 31/12 di ogni anno, sarà pari, per ogni esercizio precedente all’assegnazione, al relativo “Tasso Medio Annuo” e, per l’esercizio dell’assegnazione, alla media del tasso Euribor (365) a un mese, con osservazioni al 01/01, all’01/04, all’01/07 e all’01/10, se positiva.

Le parti si dichiarano fin d’ora disponibili a valutare in buona fede eventuali variazioni significative delle condizioni applicate dal sistema bancario.

20. INTERMEDIARIO

L’Associazione “Antonio Pastore”, il FASDAC, “CNP Vita Assicura S.p.A.”, “Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.” e “Generali Italia S.p.A.” convengono che “Assidir S.r.l.” – Via Stoppani, 6 – Milano, Intermediario assicurativo iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi Sez. A con il numero A000111129, sia l’unico Intermediario assicurativo a cui è affidata la gestione della Convenzione “Antonio Pastore” n. 3182, per l’intera durata della stessa nonché per gli effetti successivi alla sua cessazione.

21. COSTITUZIONE DELL' OSSERVATORIO DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA "ANTONIO PASTORE" 3182

"CNP Vita Assicura S.p.A.", "Generali Italia S.p.A.", "Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.", l'Associazione "Antonio Pastore", il FASDAC e "Assidir S.r.l.", nell'ottica di una comune dialettica costruttiva, istituiscono, in riferimento alla Convenzione "Antonio Pastore" 3182, un organismo collegiale concordemente denominato "Osservatorio della Convenzione Antonio Pastore 3182" (di seguito "Osservatorio") che consenta, alla luce delle informative che ciascuna parte si impegna a fornire, relativamente alla Convenzione "Antonio Pastore" 3182, di monitorarne e commentarne l'andamento complessivo. Il tutto, in ogni caso, nel pieno rispetto delle reciproche funzioni e competenze.

Alle riunioni dell'"Osservatorio" avranno diritto di partecipare:

- il Consiglio Direttivo dell'Associazione "Antonio Pastore" ed i soggetti che gli stessi vorranno invitare per il miglior funzionamento dell'"Osservatorio" stesso fra cui il FASDAC e la società di servizi che provvede alla gestione dei flussi informativi relativi alla Convenzione;
- i legali rappresentanti delle Compagnie Delegatarie, Coassicuratrici, Codelegatarie e dell'Intermediario i quali, nel rispetto e nel limite delle coperture assicurative di volta in volta monitorate e delle reciproche funzioni, potranno delegare o estendere la partecipazione a propri dirigenti, funzionari e dipendenti del servizio tecnico e/o del servizio finanziario;

La partecipazione all'Osservatorio sarà a titolo gratuito.

L'"Osservatorio" monitorerà:

1. i dati relativi alle adesioni, ai versamenti contributivi e alle iniziative finalizzate al recupero dei contributi non versati;

2. i risultati della gestione della Convenzione e delle eventuali problematiche ad essa connesse, con particolare attenzione all'analisi dei contributi versati dalle Aziende per i propri Dirigenti e dai Prosecutori volontari e destinati alle coperture assicurative garantite dalla Convenzione stessa;

3. l'andamento dei sinistri e le problematiche connesse agli stessi;

4. gli aspetti che coinvolgono i rapporti tra gli Assicurati e le Imprese assicuratrici;

e analizzerà:

5. le iniziative in sede giudiziaria che, in casi particolari, si ritenesse utile intraprendere in relazione all'applicazione e alla tutela della Convenzione;

6. le eventuali situazioni non regolamentate dalla Convenzione;

7. le problematiche che l'applicazione della Convenzione stessa dovesse evidenziare;

8. ogni altra iniziativa, anche non espressamente contemplata nei punti precedenti (che devono ritenersi privi di esaustività), rivolta a realizzare le finalità di cui sopra.

Le riunioni dell'"Osservatorio" saranno, indicativamente, tenute con cadenza bimestrale, su iniziativa di "Assidir S.r.l." che coinvolgerà gli altri partecipanti.
In occasione delle riunioni verranno presentati alcuni dati che, i partecipanti, per quanto di loro competenza, dovranno, in tempo utile allo svolgimento delle riunioni, trasmettere ad Assidir S.r.l..
"CNP Vita Assicura S.p.A." e "Generali Italia S.p.A." si impegnano, in particolar modo, a far pervenire ad "Assidir S.r.l.":

- almeno 15 giorni prima della riunione più prossima successiva alla chiusura dell'esercizio annuale:

  a. descrizione del quadro macroeconomico e dei mercati finanziari;

  b. linee di azione previste per il periodo di gestione successivo a quello discusso e strategie di movimentazione del portafoglio gestito (sezione 2 della tabella A)

- almeno 15 giorni prima delle riunioni più prossime successive alle chiusure semestrali del periodo di osservazione delle Gestioni separate "Previr" e "Gesav":

  c. asset allocation, composizione dei fondi gestione, risultati (sezione 1 della tabella A).

L'"Osservatorio" si scioglierà contestualmente alla scadenza della Convenzione "Antonio Pastore" 3182 salvo rinnovo della stessa.

TABELLA “A”	
SEZIONE 1: LE SCELTE DI PORTAFOGLIO INTRAPRESE ASSET ALLOCATION	Suddivisione del “patrimonio investito” attuale per: • tipologia di titoli (azioni, obbligazioni, cash, OICR) • per le azioni, la ripartizione settoriale (ad esempio, con la classificazione MSCI); • per i titoli di Stato e obbligazioni sovranazionali, la ripartizione per rating dell’emittente, la ripartizione per valuta di denominazione e la ripartizione tra tasso fisso, variabile o indicizzato all’inflazione; • per le obbligazioni societarie, la ripartizione per rating dell’emittente, la ripartizione settoriale, la ripartizione per valuta di denominazione, e la ripartizione tra tasso fisso o variabile; • la duration media del portafoglio • la ripartizione degli OICR per categorie (ad esempio con la classificazione Assogestioni); • informazioni sulle strategie perseguite con l'eventuale uso di derivati
SEZIONE 2: LE SCELTE DI PORTAFOGLIO PERFORMANCES E PREVISIONI	Risultati ottenuti nel periodo e altri dati di rilevanza strategica; previsioni nel breve e nel lungo periodo, entrambi suddivisi in grafici e/o tabelle in relazione al: • valore delle riserve gestite • valore della raccolta effettuata • risultato lordo del periodo • impatto dei costi e della normativa fiscale • risultato effettivamente retrocesso

22. DURATA DELLA CONVENZIONE

La Convenzione Antonio Pastore “3182” decorre dal 1° gennaio 2025 e scade il 31/12/2031 ad eccezione della forma assicurativa “Infortuni professionali ed extraprofessionali” la quale avrà naturale scadenza al 31/12/2025. La Convenzione si intenderà rinnovata automaticamente di anno in anno salvo disdetta da comunicarsi nei termini di cui al punto 8 “Durata, disdetta, recesso ed eventuale subentro” della Convenzione.

Entro la scadenza del quinto anno di durata le Imprese delegatarie, i Contraenti e l’Intermediario si impegnano a verificare l’andamento tecnico delle garanzie, degli scenari finanziari e demografici nonché delle eventuali evoluzioni del mercato assicurativo.

23. FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, ove possibile, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

24. RECLAMI

Nel sito internet delle Società Delegatarie, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, sono presenti: le informazioni utili per la presentazione degli stessi; il modello che può essere utilizzato per la formulazione del reclamo e la possibilità, in caso di mancato o parziale accoglimento, di rivolgersi all'IVASS o attivare sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie e le relative modalità.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

25. ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C.

Se tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Il collegio medico arbitrale, se lo ritiene opportuno, può rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità totale permanente a epoca da definirsi dal collegio. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale

26. TRATTAMENTO DATI PERSONALI – SOGGETTI COINVOLTI

Con riferimento al trattamento dei dati personali effettuato da parte dei diversi soggetti facenti parte della Convenzione Antonio Pastore 3182, come descritto nel successivo punto 27., si rappresenta che le Parti coinvolte sono:

- "l'Associazione "Antonio Pastore" (Contraente delle Polizze Collettive e Cumulative di cui alla presente Convenzione), la quale opera in qualità di titolare del trattamento nei confronti dei propri "Affiliati". Le modalità relative al trattamento dei dati personali sono state rese agli interessati in sede di instaurazione del rapporto di lavoro dell'"Affiliato" in qualità di Dirigente;
- "il Fondo "Mario Besusso" - nel prosieguo indicato come "FASDAC" (Contraente della polizza Collettiva "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea"), il quale opera in qualità di titolare del trattamento nei confronti dei propri iscritti. Le modalità relative al trattamento dei dati personali sono state rese agli interessati in sede di instaurazione del rapporto di lavoro dell'iscritto in qualità di Dirigente;
- le compagnie assicurative "Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.", "Generali Italia S.p.A." e "CNP Vita Assicura S.p.A.", con riferimento all'attività di prestatori delle polizze Collettive e Cumulative di cui alla presente Convenzione, le quali operano ciascuna in qualità di titolari del trattamento;
- "Assidir S.r.l." (agenzia plurimandataria), nominata, nell'ambito dell'attività di distributore assicurativo, responsabile del trattamento dalle compagnie assicurative mandatarie, la quale, con riferimento specifico all'attività di cui alla presente Convenzione, opera in qualità di titolare del trattamento nei confronti dei Dirigenti Assicurati.

27. INFORMATIVE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 di: "Associazione Antonio Pastore", "FASDAC" e Assidir S.r.l. .

Informativa ai sensi del Regolamento (Ue) 2016/679

Con la presente

l'Associazione Antonio Pastore (nel prosieguo indicata come "l'Associazione") con sede in Milano, Via Stoppani, 6, in qualità di Contraente delle Polizze Collettive e Cumulative di cui alla Convenzione Antonio Pastore n. 3182 (nel prosieguo indicate come "Polizze Collettive/Cumulative"), il Fondo "Mario Besusso" (nel prosieguo indicato come "FASDAC") con sede in Roma, Via S. Martino della Battaglia, 6, in qualità di Contraente della polizza Collettiva "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" nonché Assidir S.r.l. (nel prosieguo indicata come "Assidir") con sede in Milano, Via Stoppani, 6, in qualità di Intermediario;

tutti e ciascuno agenti in qualità di autonomi titolari (ciascuno nel prosieguo indicato come "Titolare" o, congiuntamente "Titolari") del trattamento dei dati come previsto dal Regolamento Europeo sulla tutela dei dati personali, Regolamento (UE) 2016/679

(nel prosieguo il “Regolamento”), La informano in merito all’utilizzo dei Suoi dati personali (“Dati”), ivi inclusi eventuali dati aventi natura particolare, originariamente definiti come “sensibili” (in via meramente esemplificativa, dati sullo stato generale di salute, adesione ad un sindacato, informazioni relative ad origini razziali, presenza di persone portatrici di handicap nel nucleo familiare, etc...) (“Dati Sensibili”). Assidir agisce anch’esso in qualità di Titolare autonomo alla luce della propria attività caratteristica, svolta in piena autonomia a favore degli “Affiliati” all’Associazione Antonio Pastore (ed a Manageritalia) ed agli iscritti al FASDAC, nei cui confronti opera al fine di fornire ulteriori e diversi servizi ed utilità.

A. MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

1. I Suoi Dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi(1), saranno trattati per finalità assicurative dall’Associazione, dal FASDAC e da Assidir – ciascuno per quanto di rispettiva competenza e quindi per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; iscrizione, registrazione e gestione dell’anagrafica degli iscritti e degli aventi diritto; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; liquidazioni per altre cause; espletamento degli obblighi contrattuali delle Polizze Collettive/Cumulative, la cui gestione operativa è svolta a cura di Assidir; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche.

2. I Suoi dati saranno conservati per tutto il periodo di vigenza delle Polizze Collettive/Cumulative stipulate con le Imprese assicuratrici Delegatarie e Coassicuratrici della Convenzione 3182 e successivamente fino al termine del periodo di prescrizione previsto per legge. In particolare, per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

3. I Suoi Dati aventi natura particolare saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti richiesti da tutte le norme di legge e di contratto connessi e necessari nell’ambito delle Polizze Collettive/Cumulative previste dalla Convenzione 3182.

Il trattamento dei Dati è svolto, con idonee modalità e procedure anche informatizzate, direttamente dai Titolari, ovvero da soggetti esterni ad essi, debitamente nominati Responsabili ai sensi del Regolamento. I suoi dati non saranno diffusi.

B. AMBITO DI CIRCOLAZIONE DEI DATI E DESTINATARI DEI DATI STESSI

Potranno avere accesso alle informazioni che La riguardano i dipendenti dei Titolari che ne abbiano necessità per l’esecuzione delle loro mansioni o in virtù della posizione che ricoprono, per il cui trattamento sono stati nominati incaricati.
Tali soggetti, in relazione alla loro mansione, avranno accesso solo ai Dati pertinenti con tale mansione, escludendo cioè che tutti i dipendenti dei Titolari abbiano libero accesso a tutti i suoi Dati.

I Titolari potranno comunicare i Dati che la riguardano, per le finalità attinenti all'esercizio dell'attività istituzionale ed assicurativa, a tutti i soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa", ivi inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- le Imprese assicuratrici Delegatarie, Coassicuratrici e Codelegatarie prestatrici delle polizze Collettive e Cumulative previste dalla Convenzione 3182;
- le Pubbliche Amministrazioni, o ad altri pubblici uffici (quali, ad esempio, uffici giudiziari, forza pubblica, etc), per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalle leggi e dai regolamenti;
- le Autorità e gli Organi di Vigilanza (ad esempio IVASS), secondo quanto disposto da norme di legge;
- le società di servizi informatici o di archiviazione, servizi bancari per l'effettuazione di pagamenti, servizi di trasmissione e di imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni;
- i Fondi contrattuali in conformità alle coperture assicurative previste dalle Polizze Collettive/Cumulative.

I Dati forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione Europea. L'eventuale trasferimento in Paesi situati al di fuori dell'Unione Europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

C. FONDAMENTO GIURIDICO DEL TRATTAMENTO E CONSEGUENZE DI UN RIFIUTO

Il fondamento giuridico dei trattamenti indicati alla lettera A. risiede nell'esecuzione delle Polizze Collettive/Cumulative, la cui sottoscrizione a Suo favore è obbligatoria nel rispetto dei CCNL di categoria. I menzionati trattamenti verranno quindi effettuati ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento e, pertanto, non necessitano di Suo consenso. Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei Dati potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude ai Titolari di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dalle Polizze Collettive/Cumulative. Si precisa che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di Dati di natura particolare per ragioni connesse all'esecuzione delle Polizze Collettive/Cumulative il fondamento giuridico risiede su quanto previsto dall'articolo 9, comma 2.b, nel rispetto della normativa per tempo vigente, ed eventualmente previa raccolta del Suo consenso ove necessario.

D. ESERCIZIO DEI DIRITTI E DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DATI

Il Regolamento le riconosce una serie di diritti, e precisamente: Lei ha diritto di accesso ai Suoi Dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento ed ha il diritto di opporsi al loro trattamento; Lei ha inoltre il diritto alla portabilità dei Suoi Dati, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri Dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali Dati vengono conservati o trasferiti. Per meglio comprendere tali diritti, le ricordiamo che l'esercizio degli stessi ed i relativi presupposti sono elencati negli articoli 15 (diritto di accesso) 16, (diritto di rettifica), 17 (diritto alla cancellazione); 18 (diritto di limitazione del

trattamento); 20 (diritto alla portabilità dei dati) ed art 21 (diritto di opposizione) del richiamato Regolamento.
Inoltre Lei ha il diritto di proporre reclamo alla autorità di controllo a ciò preposta, vale a dire il Garante per la Protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it)
Le richieste di esercizio dei Suoi diritti, che le abbiamo elencato sopra, potranno essere inoltrate presso le sedi dei titolari autonomi.

Ulteriori informazioni in ordine al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, all'elenco dei Responsabili del trattamento ed i dati di contatto del Responsabile della protezione dati potranno essere richieste, rispettivamente, presso la sede dell'Associazione Antonio Pastore, Via Stoppani 6 – 20129 Milano, la sede del FASDAC, Via S. Martino della Battaglia, 6 – 00185 Roma, la sede di Assidir S.r.l., Via Stoppani 6 – 20129 Milano.

NOTE:

1. Categorie di dati trattati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, potranno essere trattati dati relativi a condanne penali e reati.

INFORMATIVA[1] NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., con sede legale in Via San Francesco d'Assisi 10 – 10122 Torino, Società del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le seguenti finalità:

- prestazione dei servizi ad esecuzione dei contratti (base giuridica: esecuzione contrattuale);
- adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie (base giuridica: adempimento obbligo normativo);
- prevenzione frodi assicurative e altre finalità legate al legittimo interesse del titolare.

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari: società del Gruppo Intesa Sanpaolo, soggetti del settore assicurativo (coassicuratori, società, liberi professionisti, etc.), soggetti terzi in qualità di fornitori/outsourcer della Società, Autorità.

In relazione all'eventuale trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui ad esempio i dati relativi allo stato di salute) necessario per l'esecuzione contrattuale, è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal

[1] **Per la versione estesa dell'informativa e dei connessi allegati, si rimanda alla "Informativa Contrattuale" consultabile alla sezione "PRIVACY" del sito www.intesasanpaoloprotezione.com.**

Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza dello stesso.

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

I Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale o di eventuali sinistri conclusi successivamente a tale data, fatti salvi eventuali atti interruttivi e/o sospensivi di tali termini (ad es. reclami, contenziosi, ecc…).

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dagli artt. 15 – 22 del GDPR inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo e-mail del DPO dpo@intesasanpaoloprotezione.com

Qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile, potrà proporre reclamo alla competente Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

INFORMATIVA[2] NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016

CNP Vita Assicura S.p.A., con sede legale in Arbe 49 – 20125 Milano in qualità di Titolare del trattamento, tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le seguenti finalità:

- prestazione dei servizi ad esecuzione dei contratti (base giuridica: esecuzione contrattuale);
- adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie (base giuridica: adempimento obbligo normativo);
- prevenzione frodi assicurative e altre finalità legate al legittimo interesse del titolare.

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari: società del Gruppo CNP Assurances SA, soggetti del settore assicurativo (coassicuratori, società, intermediari assicurativi, liberi professionisti, etc.), soggetti terzi in qualità di fornitori/outsourcer della Società, Autorità.

In relazione all'eventuale trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui ad esempio i dati relativi allo stato di salute) necessario per l'esecuzione contrattuale, è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza dello stesso.

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi. L'eventuale trasferimento dei dati personali

[2]**Per la versione estesa dell'informativa e dei connessi allegati, si rimanda alla "Informativa Contrattuale" consultabile alla sezione "PRIVACY" del sito https://www.gruppocnp.it/privacy.**

dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

I Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale o di eventuali sinistri conclusi successivamente a tale data, fatti salvi eventuali atti interruttivi e/o sospensivi di tali termini (ad es. reclami, contenziosi, ecc…).

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dagli artt. 15 – 22 del GDPR inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo e-mail del DPO dpo_gruppocnp@legalmail.it .

Qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile, potrà proporre reclamo alla competente Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

INFORMATIVA[3] NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016

Generali Italia S.p.A., con sede legale in Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le seguenti finalità:

- prestazione dei servizi ad esecuzione dei contratti (base giuridica: esecuzione contrattuale);
- adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie (base giuridica: adempimento obbligo normativo);
- prevenzione frodi assicurative e altre finalità legate al legittimo interesse del titolare.

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari: società del Gruppo Generali, soggetti del settore assicurativo (coassicuratori, società, liberi professionisti, etc.), soggetti terzi in qualità di fornitori/outsourcer della Società, Autorità.

In relazione all'eventuale trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui ad esempio i dati relativi allo stato di salute) necessario per l'esecuzione contrattuale, è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza dello stesso.

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

[3] **Per la versione estesa dell'informativa e dei connessi allegati, si rimanda alla "Informativa Contraenti, Assicurati, Beneficiari e Danneggiati" consultabile alla sezione "PRIVACY" del sito www.generali.it.**

I Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale o di eventuali sinistri conclusi successivamente a tale data, fatti salvi eventuali atti interruttivi e/o sospensivi di tali termini (ad es. reclami, contenziosi, ecc…).

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare nei confronti del Titolare i diritti previsti dagli artt. 15 – 22 del GDPR inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo e-mail del DPO RPD.it@generali.com.

Qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile, potrà proporre reclamo alla competente Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 2

Condizioni di assicurazione
relative alla forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” – (TAR. MP04)

Premessa

La presente garanzia assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” viene prestata in forma collettiva in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi unitamente ad altre garanzie assicurative di cui alla Convenzione “3182” stipulata tra l’Associazione “Antonio Pastore”, il FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Generali Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

La garanzia assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” è prestata in coassicurazione tra:

- CNP Vita Assicura S.p.A. con una quota del 57,14% (Società Delegataria);
- Generali Italia S.p.A. con una quota del 42,86% (Società Coassicuratrice).

Ogni singolo Assicurato detiene, nell’ambito della Convenzione “3182”, una propria posizione assicurativa costituita dall’insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. delle “Disposizioni di carattere generale” contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione stessa.

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA’

Gli obblighi delle Società Coassicuratrici risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione “3182” nonché dalle eventuali Appendici alla Convenzione firmate dalle Società stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione e dalla Convenzione “3182”, valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente della presente forma assicurativa è l’Associazione “Antonio Pastore” che agisce in nome proprio ma per conto degli “Affiliati” all’Associazione stessa (di seguito denominati “Assicurati”).

Assicurati di dette forme assicurative, nei limiti contrattuali ivi previsti sono tutti i Dirigenti “ordinari” e “con agevolazioni” nonché gli Ex Dirigenti e i “Prosecutori volontari” di cui al punto 16 delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione Antonio Pastore “3182” contenute nella Sezione 1.

ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE

La forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” comporta l’attivazione di una successione di prestazioni (Capitale iniziale) relative ad ogni singolo premio – o rateo di premio – versato. Ogni singolo Capitale iniziale si rivaluta annualmente al 31/12 di ogni anno fino alla scadenza contrattuale e durante l’eventuale differimento, secondo quanto stabilito al successivo Art. 14 “Clausola di rivalutazione” (Capitale maturato).

Il Capitale iniziale relativo a ciascun premio versato è pari al premio versato stesso al netto dei costi gravanti sul contratto così come riportato nella Tabella n°1 contenuta nella successiva Sezione 9 “Tabelle”.
Il Capitale maturato in un determinato periodo corrisponde al Capitale iniziale rivalutato fino al termine del periodo stesso.

In particolare, la presente forma assicurativa prevede le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA ALLA SCADENZA CONTRATTUALE
In caso di vita dell’Assicurato alla scadenza contrattuale fissata al compimento del 65° anno di età (età anagrafica), viene reso disponibile all’Assicurato stesso il Capitale maturato a scadenza sempreché quest’ultimo non risulti alla medesima data in servizio come Dirigente di Azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi. Qualora l’Assicurato risulti a tale data ancora in servizio presso un’azienda del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, la scadenza contrattuale verrà posticipata secondo quanto riportato al paragrafo “Clausola di differimento di scadenza” del successivo Art. 15 “Opzioni a scadenza”.
Il Capitale maturato alla scadenza contrattuale viene determinato come somma dei seguenti importi:

- il Capitale maturato in vigore al 31/12 precedente la data di scadenza contrattuale, diminuito di eventuali parti di capitale disinvestite tramite riscatti parziali richiesti successivamente al 31/12 stesso, rivalutato nella misura e con le modalità previste all’Art. 14 “Clausola di Rivalutazione” per il tempo trascorso da detto anniversario alla scadenza contrattuale;
- le eventuali parti di capitale derivanti da premi versati successivamente al 31/12 precedente la data di scadenza contrattuale, ciascuna rivalutata pro-rata per il tempo trascorso fra la data di pervenimento alla Società Delegataria del premio stesso e la scadenza contrattuale.

Con riferimento ad ogni premio versato sulla singola posizione assicurativa, viene garantito, alla scadenza contrattuale o nel corso del differimento della stessa, il riconoscimento della misura annua minima di rivalutazione pari allo 0%; per effetto di tale riconoscimento, viene quindi assicurata alla scadenza contrattuale e nel corso del differimento della stessa, la conservazione del Capitale iniziale derivante dalla sommatoria dei singoli premi versati calcolati al netto dei costi e degli eventuali riscatti parziali effettuati.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL’ASSICURATO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE O NEL CORSO DEL DIFFERIMENTO DELLA SCADENZA

In caso di decesso dell’Assicurato nel corso della durata contrattuale o nel corso del differimento della scadenza, verrà liquidato ai Beneficiari designati il maggior valore tra:

- il Capitale maturato in vigore al 31/12 immediatamente precedente la data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso da parte della Società Delegataria, diminuito di eventuali parti di capitale disinvestite, tramite riscatti parziali richiesti successivamente allo stesso 31/12, rivalutato nella misura e con le modalità previste all’Art. 14 “Clausola di Rivalutazione” per il tempo trascorso da detto anniversario fino alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso; tale importo verrà maggiorato dalle eventuali parti di

capitale acquisite derivanti da premi versati successivamente al 31/12 immediatamente precedente la data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, ciascuna rivalutata pro-rata per il tempo trascorso fra la data di pervenimento alla Società Delegataria del premio stesso e la data della richiesta stessa;

- la somma dei premi corrisposti relativi alla forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" al netto degli eventuali riscatti parziali effettuati.

Non è previsto il consolidamento annuale del Capitale nel corso della durata contrattuale; pertanto, il rendimento attribuito non è definitivamente acquisito dal Contratto e, conseguentemente, il capitale maturato alle diverse ricorrenze di contratto può sia aumentare che diminuire.

ART. 4 BENEFICIARI

Il Contraente rinuncia a favore dei singoli Assicurati alla designazione beneficiaria come indicato al punto 14. delle Disposizioni di carattere generale – Sezione 1.
Beneficiario del Capitale maturato in caso di vita a scadenza o nel corso del differimento della scadenza, relativamente alla presente forma assicurativa è l'Assicurato stesso.
I Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale o nel corso del differimento della scadenza vengono designati dall'Assicurato stesso in forma scritta attraverso la compilazione e la presentazione del **"Modulo AB"** (Adesione e Designazione dei Beneficiari).
In mancanza di designazione, le somme liquidate in caso di decesso spetteranno, per quote uguali, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato stesso.
In ogni caso l'Assicurato può, in qualsiasi momento nel corso della durata contrattuale o nel corso del differimento della scadenza, revocare o modificare in forma scritta tale designazione tranne nei casi 1, 2 e 3 del punto 14. "Beneficiari" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1.
Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita stipulate dall'Assicurato. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

ART. 5 RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.
E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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;
- incidenti 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 Delegataria paga il solo importo del Capitale maturato calcolato al momento del ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso.

ART. 6 LIMITI DI ETA' E DURATA CONTRATTUALE

L'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere compresa tra 21 e 64 anni (età assicurativa).
L'età assicurativa viene calcolata considerando gli anni interi alla data di ingresso in assicurazione trascurando le frazioni di anno inferiori ai sei mesi e computando invece come anno intero la frazione superiore o uguale ai sei mesi.
Relativamente alla presente forma assicurativa, per data di ingresso in assicurazione si intende la data di ricevimento, da parte della Società Delegataria, del primo premio corrisposto.
Ogni singolo premio attribuito alla medesima posizione assicurativa ha una scadenza fissata al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato (età anagrafica).
Nell'ambito della stessa posizione assicurativa, ogni singolo Capitale iniziale derivante da ogni singolo premio – o rateo di premio – corrisposto, avrà quindi una durata differente e pari al periodo (espresso in anni e frazioni d'anno) intercorrente fra la singola data di ricevimento del premio da parte della Società Delegataria e il compimento del 65° anno di età dell'Assicurato (età anagrafica).

ART. 7 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio da parte della Società Delegataria, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto di sottoscrizione l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società Delegataria, comprensiva del domicilio laddove modificato.

ART. 8 MODALITA' ASSUNTIVE

Fermo restando che per l'Assicurato l'attivazione della presente forma assicurativa avviene con la nomina a Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, l'adesione alla stessa si manifesta attraverso la compilazione e la sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, del "**Modulo AB**" (Adesione e Designazione dei Beneficiari) il cui fac-simile è contenuto nella successiva Sezione 10.

Nei casi 1., 2., 3. e 4. previsti al punto 16 "Prosecuzione volontaria" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella precedente Sezione 1, l'Assicurato che non abbia riscattato totalmente la propria posizione aperta nella Convenzione e non abbia superato i 70 anni di età (anagrafica) può presentare all'Associazione "Antonio Pastore" apposita domanda di prosecuzione volontaria per mantenere attiva la propria posizione assicurativa, mediante compilazione del "Modulo PV – Domanda di

prosecuzione volontaria" - il cui fac-simile è contenuto nella successiva Sezione 10 entro diciotto mesi:

- dalla data di cessazione dal servizio comprensivo del periodo di preavviso;
- dal termine dell'ultimo periodo contributivo regolarmente versato dall'Azienda dalla quale dipende;
- dalla data di inizio del periodo di aspettativa non retribuita;
- dal termine dell'ultimo periodo contributivo liquidato dalla forma assicurativa danni "Assicurazione Ponte".

La prosecuzione volontaria alla presente forma assicurativa è prevista fino al pagamento del trimestre di premio relativo al penultimo periodo contributivo precedente il compimento del 75° anno di età anagrafica dell'Assicurato.

ART. 9 PREMIO DI ASSICURAZIONE

A fronte delle prestazioni assicurate, l'Associazione "Antonio Pastore" verserà, con le modalità e nei termini di cui ai punti 5. "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" e 6. "Pagamento del premio" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1, premi unici ricorrenti:

- secondo quanto indicato al punto 9. "Ripartizione dei premi (Dirigenti "a contribuzione ordinaria" e "a contribuzione agevolata") delle Disposizioni di carattere generale per ogni Assicurato Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "a contribuzione agevolata";
- secondo quanto indicato al punto 16. "Prosecuzione volontaria" delle Disposizioni di carattere generale per ogni Assicurato prosecutore volontario.

L'Associazione "Antonio Pastore" potrà inoltre versare premi aggiuntivi:

- a favore di quegli Assicurati che abbiano esercitato l'opzione per destinare l'aumento retributivo previsto dai rinnovi della parte economica dei CCNL;

- a fronte di interessi di mora dallo stesso applicati e riscossi a quegli Assicurati in ritardo con il pagamento dei contributi

per incrementare il capitale maturato relativo alla forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" come previsto al punto 7. "Premi aggiuntivi" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella precedente Sezione 1.

ART. 10 ENTRATA IN VIGORE DELLA GARANZIA

Relativamente a ciascun premio versato, la garanzia prestata dalla forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" decorre ed entra in vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente avrà trasmesso alla Società Delegataria il relativo importo di premio.
A conferma della copertura assicurativa sarà emesso a favore di ogni Assicurato entro tre mesi dalla data di pervenimento del primo premio un Certificato di assicurazione.

ART. 11 RISCATTO TOTALE E RISCATTO PARZIALE

RISCATTO TOTALE

Il riscatto totale del capitale maturato nella forma "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" potrà essere richiesto da ogni singolo Assicurato tramite l'Associazione "Antonio Pastore" solo al momento della perdita della qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi.
In caso di riscatto totale si ha l'estinzione anticipata del Contratto.
Il valore del riscatto totale sarà pari al Capitale maturato al 31/12 immediatamente precedente la data di ricevimento della richiesta di riscatto da parte della Società Delegataria, rivalutato per il periodo eventualmente trascorso da tale data fino alla data di ricevimento della richiesta stessa secondo quanto stabilito al successivo Art. 14 "Clausola di Rivalutazione"; tale importo verrà maggiorato dalle eventuali "parti" di Capitale iniziale derivanti da premi versati successivamente al 31/12 immediatamente precedente la data di ricevimento della richiesta riscatto, ciascuna rivalutata pro-rata per il tempo trascorso fra la data di pervenimento alla Società Delegataria del premio e la data della richiesta stessa e diminuito dagli eventuali riscatti parziali richiesti nello stesso periodo.
In caso di riscatto totale nel corso della durata contrattuale non opera alcuna garanzia di rivalutazione minima, che, pertanto, può, nel corso della durata contrattuale essere negativa; il Capitale maturato in caso di riscatto totale prima della scadenza contrattuale potrà quindi essere inferiore ai premi investiti (premi versati al netto dei costi gravanti sul Contratto) diminuiti degli eventuali riscatti parziali effettuati precedentemente.
Il riscatto totale richiesto dall'Assicurato comporterà anche la liquidazione totale della polizza "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" e delle polizze di "Capitale differito con controassicurazione e rivalutazione annua del capitale" eventualmente in vigore sulle precedenti Convenzioni "Antonio Pastore" 3175, 3140, 3108 e 3049.
Per le Convenzioni sopra dette restano valide tutte le condizioni previste dalle rispettive condizioni di polizza applicabili a questa specifica operazione.

RISCATTO PARZIALE

Il riscatto parziale del capitale maturato nella forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" potrà essere richiesto:

a) dall'Assicurato dopo la perdita della qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi;
b) dall'Assicurato Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi ancora in servizio, nella misura massima del 50%, in caso di gravi patologie o non autosufficienza propria, dei figli o del coniuge/convivente come risultante dallo stato di famiglia.

Per gravi patologie si intendono le patologie riportate di seguito:

- Cancro
- Infarto
- Ictus
- Insufficienza renale
- Bypass aortocoronarico
- Trapianto d'organo
- Sclerosi Multipla

- Malattia di Alzheimer
- Malattia di Parkinson
- Cecità
- Sordità.

L'ammontare del Capitale sul quale effettuare il riscatto parziale è da ritenersi comprensivo di quelli maturati sulle polizze "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" e "Capitale differito con controassicurazione e rivalutazione annua del capitale" eventualmente in vigore sulle precedenti Convenzioni "Antonio Pastore" 3175, 3140, 3108 e 3049.
In caso di riscatto parziale il Contratto rimane in vigore per la quota residua del Capitale maturato. Il valore del riscatto parziale viene determinato applicando ad una quota del Capitale maturato gli stessi criteri e le stesse modalità del riscatto totale.
Il riscatto parziale viene effettuato a partire dai capitali derivanti dai premi versati, per ogni Convenzione "Antonio Pastore" (n. 3182, n. 3175, n. 3140, n. 3108, n. 3049), presi in funzione della loro data di effetto: verrà effettuato il riscatto partendo dai Capitali maturati derivanti dai premi aventi data effetto antecedente a tutti gli altri e proseguendo passando ai successivi in ordine temporale dai più vecchi ai più recenti.
Il riscatto parziale si ottiene cumulando via via gli importi di cui sopra finché non viene raggiunto l'importo richiesto dall'Assicurato. L'importo richiesto dall'Assicurato deve intendersi comprensivo delle imposte.
Deve comunque rimanere investito un importo minimo pari ad almeno Euro 5.000,00 sulla Convenzione in essere o, se non sufficiente, per la restante differenza, sulla Convenzione " Antonio Pastore 3175" o, se ancora non sufficiente, per la restante ulteriore differenza sulla Convenzione "Antonio Pastore 3140" o, se ancora non sufficiente, per la restante ulteriore differenza sulla Convenzione "Antonio Pastore 3108" o, se ancora non sufficiente, per la restante ulteriore differenza sulla Convenzione "Antonio Pastore 3049"; in caso contrario verrà riscattata l'intera posizione.
E' consentito un solo riscatto parziale in ogni anno solare – periodo 1.1 – 31.12 – per un importo minimo di Euro 5.000,00 e nel rispetto dei limiti sopra riportati.
Il valore di riscatto parziale potrà essere convertito, su richiesta dell'Assicurato che ha perso la qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi di cui alla precedente lettera a., in una delle tipologie di rendita di cui all'Art. 15 "Opzioni a scadenza".

La Società Delegataria corrisponde il valore di riscatto – totale o parziale – al netto delle imposte previste per Legge.

ART. 12 DETERMINAZIONE DEL TASSO DI RENDIMENTO MEDIO DA ATTRIBUIRE AGLI ASSICURATI

Al fine di ottenere un unico Tasso di Rendimento Medio da attribuire agli Assicurati, le "Società Coassicuratrici" allineeranno i propri rendimenti retrocessi di cui al successivo Art. 14 "Clausola di Rivalutazione" relativi agli investimenti delle Gestioni Speciali "Previr" i cui regolamenti sono riportati al successivo articolo 13 "Regolamenti delle Gestioni che concorrono alla determinazione del tasso di rendimento medio da attribuire agli Assicurati".
Tale Tasso di Rendimento Medio da attribuire agli Assicurati sarà determinato dalla "Società Delegataria" rapportando la somma dei singoli redditi attribuiti dalle "Società Coassicuratrici" al termine del relativo periodo annuale di gestione dell'esercizio

considerato alla somma di tali singoli redditi attribuiti, ciascuno diviso per il proprio tasso di rendimento retrocesso nel medesimo anno.
Per reddito attribuito è da intendersi quello ottenuto in base alla seguente formula (FORMULA DI HARDY):

$$RA = \frac{TR\ (RM1 + RM2)}{2 + TR}$$

dove: **RA** è il Reddito attribuito;
TR è il Tasso retrocesso nell'anno di gestione dell'esercizio considerato;
RM1 è la Riserva Matematica al 30 settembre dell'anno precedente aumentato o diminuito del conguaglio dell'anno precedente;
RM2 è la Riserva matematica al 30 settembre dell'anno considerato calcolata al tasso retrocesso.

ART. 13 REGOLAMENTI DELLE GESTIONI CHE CONCORRONO ALLA DETERMINAZIONE DEL TASSO DI RENDIMENTO MEDIO DA ATTRIBUIRE AGLI ASSICURATI

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE INTERNA SEPARATA "GESTIONE SPECIALE RISERVE POLIZZE VITA RIVALUTABILI PREVIR" di CNP Vita Assicura S.p.A.

PREMESSA

La Gestione Separata denominata "Previr" è destinata all'Associazione "Antonio Pastore" e più specificatamente agli Affiliati della stessa Associazione e ai familiari degli Affiliati ammessi a beneficiare delle prestazioni assicurative di cui godono questi ultimi.

Art. 1 ISTITUZIONE E DENOMINAZIONE DELLA GESTIONE SEPARATA "GESTIONE SPECIALE RISERVE POLIZZE VITA RIVALUTABILI PREVIR"

Il presente Regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dall'Impresa di Assicurazione, denominato "GESTIONE SPECIALE RISERVE POLIZZE VITA RIVALUTABILI PREVIR", di seguito per brevità PREVIR.
Il presente Regolamento costituisce parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

La Gestione Separata è denominata in Euro.

Art. 2 OBIETTIVI E POLITICHE DI INVESTIMENTO

La Gestione PREVIR ha come obiettivo l'ottenimento di un rendimento lordo coerente con l'andamento dei tassi di interesse obbligazionari area Euro, in un'ottica di medio periodo nel rispetto dell'equilibrio tecnico tra remunerazione minima garantita agli

assicurati e redditività degli attivi, tenendo in considerazione la durata media delle passività e degli investimenti della gestione.

Il portafoglio della Gestione Separata può essere investito principalmente nelle seguenti attività con i limiti quantitativi di cui alla Tabella riportata nell'Articolo 4 ed i limiti qualitativi di seguito indicati:

- Titoli obbligazionari di emittenti governativi.
- Altri titoli obbligazionari diversi dai titoli di stato, quali a titolo esemplificativo le obbligazioni societarie, cartolarizzazioni e strutturati di credito, depositi bancari vincolati e certificati di deposito.

Gli investimenti in titoli obbligazionari governativi e corporate non Investment Grade sono ammessi in misura contenuta.

- Titoli azionari negoziati nei principali mercati internazionali. L'acquisto di titoli azionari illiquidi è ammesso in misura residuale.
- Investimenti in Altri Strumenti Finanziari:
    i. Fondi Alternativi. Si intendono gli investimenti in OICR non armonizzati, fondi mobiliari chiusi non negoziati in un mercato regolamentato, fondi riservati e speculativi.
    ii. Fondi Immobiliari e Immobili: per investimenti immobiliari si intendono le partecipazioni in società immobiliari, quote di OICR immobiliari o immobili.

Nella Gestione potranno essere utilizzati strumenti finanziari derivati sia con finalità di copertura del rischio su titoli in portafoglio, sia al fine di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio stesso nel rispetto, comunque, delle disposizioni normative vigenti in materia. L'utilizzo di strumenti derivati non deve comportare la violazione di eventuali limiti di investimento previsti per gli attivi sottostanti.
Le attività della gestione separata sono prevalentemente denominate in euro oppure, se espresse in divisa diversa dall'Euro, deve essere effettuata la copertura del rischio di cambio.
Sono tuttavia ammessi investimenti in strumenti finanziari denominati in divisa diversa dall'euro senza la copertura del rischio di cambio per una quota residuale del portafoglio.

Non è esclusa la possibilità di investire in parti di OICR o in altri strumenti finanziari emessi da controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS n. 25, in misura non superiore al 10% dell'ammontare delle riserve tecniche della gestione separata alla chiusura dell'esercizio precedente.

Tali investimenti sono comunque effettuati alle stesse condizioni di mercato applicate da controparti terze sugli stessi mercati.

Art. 3 CRITERI DI INVESTIMENTO NELLA GESTIONE SEPARATA
L'Impresa di Assicurazione investe le attività della Gestione Separata secondo quanto indicato nella seguente tabella:

LIMITI DI INVESTIMENTO Previr			
		Limiti	
Obbligazionario governativo**(*)**	Titoli di Stato e Supranational area UE e altri titoli di Stato rating ≥ AA- Altri titoli di stato	≥ 30% ≥ 0%	≤ 100% ≤ 40%
Obbligazionario Corporate**(*)**	Titoli Corporate	≥ 0%	≤60%
Azionario **(*)**	Azionario	≥ 0%	≤ 10%
Altri Investimenti	Investimenti alternativi Immobiliari	≥0% ≥0%	≤ 6% ≤ 6%
Derivati e strutturati	Strumenti derivati per gestione efficace	≥ 0%	≤ 10%
Liquidità	Disponibilità di cassa	≥ 0%	≤ 10%

(*) Il limite di investimento indicato si realizza attraverso investimenti diretti o attraverso l'acquisto di OICR armonizzati.

Art. 4 VALORE DELLA GESTIONE E SPESE

Il valore delle attività della Gestione Separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche, costituite dall'Impresa, al fine di adempiere agli obblighi contrattuali derivanti dai contratti le cui prestazioni sono rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.

Sulla Gestione Separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione Separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

Art. 5 RENDIMENTO MEDIO E PERIODO DI OSSERVAZIONE

Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della Gestione Separata è annuale e decorre dal 30 settembre.
Il rendimento della Gestione Separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'Impresa in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della Gestione Separata.

Il tasso medio di rendimento della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione di cui sopra, è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata alla giacenza media delle attività della gestione Separata.

Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. Il trasferimento di attività dal patrimonio dell'impresa alla gestione separata avviene al valore di mercato rilevato alla data di immissione delle attività nella gestione separata.

Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione, al netto delle spese sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione e per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione.

La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione Separata.

Art. 6 CERTIFICAZIONE DELLA GESTIONE ED EVENTUALI MODIFICHE

La Gestione Separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.

Il presente Regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il Contraente.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "PREVIR" di Generali Italia S.p.A.

PREMESSA

La Gestione Separata denominata "Previr" è destinata all'Associazione "Antonio Pastore" e più specificatamente agli Affiliati della stessa Associazione e ai familiari degli Affiliati ammessi a beneficiare delle prestazioni assicurative di cui godono questi ultimi.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "PREVIR" di Generali Italia S.p.A.

1. Il presente Regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla Società, denominato PREVIR (la Gestione Separata). Tale Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.
2. La Gestione Separata è denominata in Euro.

OBIETTIVI DELLA GESTIONE

3. La Società, nella gestione del portafoglio, attua una politica d'investimento prudente orientata verso titoli mobiliari di tipo obbligazionario che mira a massimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo costantemente un basso livello di rischiosità del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo. La scelta degli investimenti è determinata sulla base della struttura degli impegni assunti nell'ambito dei contratti assicurativi collegati alla gestione e dall'analisi degli scenari economici

e dei mercati di investimento. Nel breve termine, e nel rispetto di tali criteri, è comunque possibile cogliere eventuali opportunità di rendimento.
Le principali tipologie di investimento sono: obbligazionario, immobiliare e azionario, come di seguito specificato; l'investimento potrà anche essere indiretto attraverso l'utilizzo di OICR (Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio, tra cui ad esempio i fondi comuni di investimento) armonizzati.

TIPOLOGIE DEGLI INVESTIMENTI

4. Investimenti obbligazionari

L'investimento in titoli obbligazionari, prevalentemente con rating investment grade, punta ad una diversificazione per settori, emittenti, scadenze, e a garantire un adeguato grado di liquidabilità.
In questo ambito sono ricompresi anche strumenti di investimento di breve e brevissimo termine quali depositi bancari, pronti contro termine o fondi monetari.
Investimenti immobiliari
La gestione degli investimenti comprenderà attività del comparto immobiliare, incluse le azioni e le quote di società del medesimo settore.
Investimenti azionari
Gli investimenti in strumenti finanziari di tipo azionario sono effettuati prevalentemente in titoli quotati nei mercati ufficiali o regolamentati, riconosciuti e regolarmente operanti. La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (tra i quali ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento sul mercato).
Vi è anche la possibilità di investire in altri strumenti finanziari.
Nella gestione degli investimenti, la Società si attiene ai seguenti limiti:

Investimenti obbligazionari	massimo 100%
Investimenti immobiliari	massimo 40%
Investimenti azionari	massimo 35%
Investimenti in altri strumenti finanziari	massimo 10%

Nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore, possono inoltre essere effettuati investimenti in strumenti finanziari derivati.
Possono infine essere effettuati investimenti in attivi emessi dalle controparti di cui all' art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n.25 nel limite complessivo massimo del 20% dell'attivo della Gestione Separata. In tale limite non rientrano gli investimenti in strumenti collettivi di investimento mobiliare o immobiliare istituiti, promossi o gestiti dalle controparti sopra citate per i quali la normativa di riferimento o i relativi regolamenti di gestione non consentano di effettuare operazioni potenzialmente suscettibili di generare conflitti di interesse con società del gruppo di appartenenza della SGR oltre il limite del 20% del patrimonio dell'OICR.
L'Euro è la principale valuta dei titoli presenti nella Gestione Separata. Nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa di settore è possibile l'utilizzo di titoli anche in altre valute, mantenendo un basso livello di rischiosità.

VALORE DELLA GESTIONE E ONERI

5. Il valore delle attività della Gestione Separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche, costituite dall'Impresa, al fine di adempiere agli obblighi

contrattuali derivanti dai contratti le cui prestazioni sono rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.

6. Sulla Gestione Separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione Separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

RENDIMENTO MEDIO E PERIODO DI OSSERVAZIONE

7. Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno.
8. Il rendimento della Gestione Separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della Gestione Separata.
9. Il tasso medio di rendimento della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione annuale, è determinato rapportando il risultano finanziario della Gestione Separata alla giacenza media delle attività della Gestione Separata stessa. Analogamente, al termine di ogni mese, viene determinato il tasso medio di rendimento realizzato nei dodici mesi precedenti.

   Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione oltre che degli utili e dei proventi di cui al precedente paragrafo 8. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al precedente paragrafo 6 effettivamente sostenute ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata.

   La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione Separata.

CERTIFICAZIONE DELLA GESTIONE ED EVENTUALI MODIFICHE

10. La Gestione Separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.
11. Il presente Regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il contraente.

ART. 14 CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

La presente forma assicurativa fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali le Società Coassicuratrici riconoscono una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate nella misura e secondo le modalità appresso indicate. A tal fine le "Società Coassicuratrici" gestiranno, secondo quanto previsto nei Regolamenti delle Gestioni Separate "Previr" di cui al precedente Art. 13 "Regolamenti delle Gestioni che concorrono alla determinazione del tasso di

rendimento medio da attribuire agli Assicurati", attività di importo non inferiore alle relative "Riserve Matematiche".

A. MISURA DELLA RIVALUTAZIONE

La Società Delegataria dichiara entro il 31.12 di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati, determinato in base a quanto stabilito al precedente Art. 12 "Determinazione del tasso di rendimento medio da attribuire agli Assicurati".
Il rendimento retrocesso da ciascuna "Società Coassicuratrice" è pari al 100% del rendimento della rispettiva Gestione separata "Previr" al netto del rendimento trattenuto dalle Società Coassicuratrici pari allo 0,65%.
La misura annua di rivalutazione è pari al rendimento attribuito di cui al precedente Art. 12 "Determinazione del tasso di rendimento medio da attribuire agli Assicurati".
La misura annua di rivalutazione attribuita al Capitale maturato nel corso della durata contrattuale può anche essere negativa.
Per effetto del rendimento trattenuto dalle Società Coassicuratrici, la misura annua di rivalutazione attribuita al Capitale maturato di cui al precedente Art. 12 "Determinazione del tasso di rendimento medio da attribuire agli Assicurati" può risultare negativa anche qualora il tasso di rendimento di una o entrambe le rispettive gestioni "Previr" risulti positivo ma inferiore al rendimento trattenuto. Inoltre, nel caso in cui il rendimento medio da attribuire come sopra definito risultasse negativo, la misura annua di rivalutazione attribuita al Capitale maturato verrebbe ulteriormente ridotta dal rendimento trattenuto dalle Società Coassicuratrici.
Per le prestazioni giunte alla scadenza contrattuale e per i capitali posti in differimento di scadenza, le Società Coassicuratrici garantiscono una rivalutazione annua minima pari allo 0% (viene quindi assicurata la conservazione del Capitale iniziale - premio corrisposto al netto dei costi - derivante da ogni singolo premio al netto degli eventuali riscatti parziali effettuati). In tali casi, qualora il Rendimento finanziario annuo della Gestione separata scendesse al di sotto del rendimento trattenuto come sopra definito o fosse negativo, al fine di garantire il tasso minimo garantito stesso, la percentuale di rendimento trattenuto potrebbe essere applicata in maniera ridotta fino all'eventuale azzeramento.

B. RIVALUTAZIONE DEL CAPITALE

La rivalutazione annuale delle singole posizioni assicurative avverrà al 31 dicembre di ogni anno in base alla misura determinata al precedente punto A..
La rivalutazione sarà applicata:

a) per un anno intero, relativamente al capitale maturato rivalutato fino al 31/12 precedente e non successivamente riscattato;
b) in pro – rata temporis con riferimento al periodo intercorrente tra la data di pervenimento del premio da parte della Società Delegataria e il successivo 31 dicembre, per i capitali iniziali derivanti dai premi versati nel corso dell'anno e non riscattati in tale periodo.

Non è previsto il consolidamento annuale del Capitale nel corso della durata contrattuale, pertanto, il rendimento attribuito non è definitivamente acquisito dal Contratto e, conseguentemente, il Capitale maturato alle diverse ricorrenze di contratto può sia aumentare che diminuire.
Le Società garantiscono una rivalutazione minima pari allo 0% soltanto ai Capitali maturati a scadenza e a quelli in corso di differimento che, quindi, non potranno mai essere interessati da rivalutazioni negative e non potranno quindi essere inferiori alla

somma dei premi corrisposti al netto dei costi gravanti sul contratto e al netto degli eventuali riscatti parziali effettuati.

All'atto della liquidazione del capitale maturato per scadenza o riscatto, intervenuti in data non coincidente con il 31 dicembre, si procederà ad una rivalutazione di raccordo pro – rata temporis con riferimento al periodo decorso dalla data dell'ultima rivalutazione effettuata, alla data di pervenimento della richiesta da parte della Società Delegataria. Per il caso di decesso si procederà ad una rivalutazione di raccordo pro – rata temporis con riferimento al periodo decorso dalla data dell'ultima rivalutazione effettuata fino alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso.
Il tasso annuo di rivalutazione da applicare a tal fine sarà quello ultimo conosciuto.
Analogamente si procederà per la rivalutazione dei Capitali iniziali derivanti dai premi versati nel corso dell'anno di liquidazione.
Il capitale sarà rivalutato con le stesse modalità anche al termine del differimento.
Nel corso della durata contrattuale, le Società Coassicuratrici non garantiscono alcun tasso minimo di rivalutazione; la misura annua di rivalutazione di cui al precedente punto attribuita ad ogni anniversario diverso dalla scadenza contrattuale può quindi essere sia positiva che negativa.

ART. 15 OPZIONI A SCADENZA
CONVERSIONE DEL CAPITALE MATURATO IN RENDITA

Su richiesta dell'Assicurato, il capitale maturato pagabile in caso di riscatto totale o in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza o nel corso del differimento della scadenza potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile fino a che l'Assicurato sia in vita;
b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque anni o dieci anni e, successivamente, fino a che l'Assicurato sia in vita;
c) una rendita annua vitalizia rivalutabile, su due teste, quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa), pagabile fino al decesso dell'Assicurato, e successivamente in misura totale o parziale fino a che sia in vita l'altro soggetto (seconda testa).

L'Assicurato può chiedere, all'atto della richiesta di riscatto parziale, di convertire il capitale riscattato a norma del punto a) dell'Art. 11 "Riscatto totale e riscatto parziale" in una rendita vitalizia rivalutabile alle condizioni di cui al medesimo articolo.

Limitatamente all'eventuale parte di capitale convertito in rendita, non è ammesso il riscatto durante il periodo di godimento della rendita.
Nel corso del periodo di vigenza della Convenzione 3182 e con effetto anche su tutte le precedenti Convenzioni "Antonio Pastore" n. 3175, n. 3140, n. 3108, n. 3049, i coefficienti per la determinazione delle rendite annue d'opzione derivanti dalla conversione del capitale maturato pagabile in caso di riscatto totale, parziale o liquidazione a scadenza o nel corso del differimento della scadenza sono calcolati utilizzando la tavola demografica ANIA A62D (Impegni differiti) a tasso tecnico 0%; i coefficienti relativi alla rendita vitalizia di cui alla lettera a. sono quelli riportati nella Tabella n°3 contenuta nella Sezione 9 "Tabelle". Al termine del periodo di vigenza della Convenzione 3182 è facoltà della Società Delegataria modificare i coefficienti per la determinazione delle rendite annue d'opzione mediante apposita comunicazione al Contraente.

CLAUSOLA DI DIFFERIMENTO DELLA SCADENZA

L'Assicurato, se in vita alla scadenza del Contratto, può richiedere che la liquidazione del Capitale maturato pagabile alla predetta scadenza, venga differita per un periodo massimo di dieci anni dalla scadenza contrattuale stessa, fissata al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato (età anagrafica), con eventuale ulteriore corresponsione di premi.

Qualora l'Assicurato non richieda esplicitamente di attivare tale differimento, la liquidazione del capitale pagabile alla scadenza del Contratto si intenderà posta automaticamente in differimento per un periodo di dieci anni.

Durante il periodo di differimento, il Capitale maturato al 31/12 di ogni anno viene calcolato applicando al capitale maturato al 31/12 precedente, le condizioni previste dall'Art. 14 "Clausola di Rivalutazione". L'Assicurato può interrompere il differimento in qualsiasi momento e risolvere il Contratto riscuotendo un importo pari al capitale maturato al 31/12 precedente la data di ricevimento della richiesta di riscatto da parte della Società Delegataria rivalutato per il periodo eventualmente trascorso da tale data fino alla data di ricevimento della richiesta stessa secondo quanto stabilito all'Art. 14 "Clausola di Rivalutazione", maggiorato dai capitali maturati relativi ai premi versati successivamente al 31/12 e diminuiti dagli eventuali riscatti parziali richiesti dopo l'ultimo 31/12 stesso.

Qualora durante il periodo di differimento intervenga il decesso dell'Assicurato, la Società Delegataria corrisponderà agli aventi diritto il Capitale maturato come sopra determinato.

Trascorso il periodo massimo di differimento coincidente con il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato (età anagrafica), il Capitale maturato dovrà essere liquidato all'Assicurato; qualora l'Assicurato non richieda la liquidazione del Capitale maturato, quest'ultimo sarà soggetto a prescrizione a norma dell'art. 2952 del codice civile.

Nel caso in cui al 75° anno di età l'Assicurato risulti ancora in servizio in qualità di Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, la prestazione sarà differita annualmente con possibilità di versamento di ulteriori premi fino alla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato stesso.

Nel corso e alla scadenza del differimento, le Società Coassicuratrici garantiscono un tasso minimo di rivalutazione pari allo 0%; per effetto di tale garanzia, il capitale maturato nel corso e alla scadenza del differimento non potrà mai essere inferiore alla somma dei premi corrisposti al netto dei costi gravanti sul Contratto e al netto degli eventuali riscatti parziali effettuati.

ART. 16 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per tutti i pagamenti debbono essere preventivamente consegnati alla Società Delegataria i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo al pagamento e ad individuare gli aventi diritto. E' comunque necessario un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto e che, in difetto, verrà richiesto dalla Società Delegataria all'Assicurato successivamente la stipulazione.

Per i pagamenti conseguenti al riscatto, la Società Delegataria richiederà tutti i documenti previsti al punto 6 della Sezione 10. Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati tutti i documenti previsti al punto 8 della Sezione 10.

Verificatasi la scadenza o la risoluzione del contratto, la Società Delegataria esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, mediante bonifico o assegno bancario o altra modalità di pagamento concordata con la Società Delegataria, entro

30 giorni dal ricevimento della richiesta, previa consegna di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

ART. 17 INFORMATIVA PERIODICA
Entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, verrà trasmesso ad ogni Assicurato un Documento unico di rendicontazione annuale della singola posizione assicurativa.

ART. 18 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione del Certificato di assicurazione emesso secondo quanto previsto al punto 15. "Certificato di assicurazione" contenuto nelle Disposizioni di carattere generale della Sezione 1, l'Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne, previa richiesta scritta, un duplicato.

ART. 19 PRESTITI
La presente forma assicurativa non prevede la concessione di prestiti.

ART. 20 PEGNO – VINCOLO
L'Assicurato può costituire in pegno il Contratto in favore di un terzo o comunque vincolare il Capitale maturato.
Tali atti diventano efficaci solo quando la Società Delegataria, a seguito di comunicazione scritta inviata tramite l'Intermediario mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice che le parti interessate dovranno sottoscrivere per accettazione.
Nel caso di vincolo le operazioni di liquidazione richiedono l'assenso scritto del vincolatario.
Nel caso di pegno, la liquidazione del Capitale maturato deve essere richiesta dal creditore pignoratizio che si sostituisce all'Assicurato, mentre le variazioni contrattuali devono essere richieste dall'Assicurato con assenso scritto del creditore pignoratizio.
Non è consentito costituire un pegno o un vincolo a favore dell'Intermediario.

ART. 21 IMPOSTE
Le imposte presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto, sono a carico dell'Assicurato o dei Beneficiari ed aventi diritto, secondo le norme di Legge vigenti.

ART. 22 ARROTONDAMENTI
Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società Delegataria farà all'Associazione "Antonio Pastore", all'Assicurato e ai Beneficiari saranno indicati con due decimali.
Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra decimale avverrà con il criterio commerciale e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 23 FORO COMPETENTE
Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.
In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, ove possibile, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto

nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 24 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C.

Se tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 25 LEGISLAZIONE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 26 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Parti si riservano di apportare le modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa di riferimento.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 3

Condizioni di assicurazione
Relative alla forma assicurativa “Temporanea Caso Morte Monoannuale”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla forma assicurativa “Temporanea Caso Morte Monoannuale – (TAR. 82NZ)

Premesse

La presente garanzia assicurativa “Temporanea Caso Morte monoannuale” viene prestata in forma collettiva in conformità a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi unitamente ad altre garanzie assicurative di cui alla Convenzione 3182 stipulata tra l’Associazione “Antonio Pastore”, il FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Generali Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

La garanzia “Temporanea Caso Morte monoannuale” è prestata in coassicurazione tra:

- CNP Vita Assicura S.p.A. con una quota del 60% (Società Delegataria)
- Generali Italia S.p.A. con una quota del 40% (Società Coassicuratrice).

Ogni singolo Assicurato detiene, nell’ambito della Convenzione “3182”, una propria posizione assicurativa costituita dall’insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. “Disposizioni di carattere generale” contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto nella Convenzione stessa.

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA’

Gli obblighi delle Società Coassicuratrici risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dall’eventuale Rapporto di Visita Medica, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione “3182” nonché dalle eventuali Appendici alla Convenzione firmate dalle Società stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente Contratto e dalla Convenzione ”3182” valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI

Contraente della presente forma assicurativa è l’Associazione “Antonio Pastore” che agisce in nome proprio ma per conto degli “Affiliati” all’Associazione stessa (di seguito denominati “Assicurati”).

Assicurati di dette forme assicurative, nei limiti contrattuali ivi previsti sono tutti i Dirigenti “ordinari” e “con agevolazioni” nonché i “Prosecutori volontari” di cui al punto 16. delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione “3182”, contenute nella Sezione 1.

ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE - COMMORIENZA

Ferme le esclusioni di cui al successivo Art. 12 "Rischi Esclusi" e all'Art. 10 "Carenza", la forma assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale" garantisce in caso di decesso dell’Assicurato nel corso della durata della copertura assicurativa, ma non oltre il suo 70° anno di età (età assicurativa), la liquidazione ai Beneficiari designati di un Capitale assicurato determinato in base all'età dell'Assicurato e al sesso dello stesso di cui alla Tabella n° 2 contenuta nella Sezione 9.

In caso di decesso contemporaneo dell'Assicurato con il proprio coniuge/convivente (risultante dallo stato di famiglia) a seguito del medesimo evento (Commorienza) e a condizione che entrambi abbiano, alla medesima data, un'età assicurativa inferiore o uguale a 70 anni, i Beneficiari riceveranno in aggiunta al Capitale previsto dalla

Tabella n° 2, un Capitale “aggiuntivo” di pari importo che comunque non può essere superiore ad Euro 200.000,00.

In caso di decesso, l'importo del Capitale da liquidare verrà diminuito dell'eventuale parte di premio annuo non ancora corrisposto (rate trimestrali del premio annuo non ancora riscosse).

In caso di sopravvivenza dell’Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i premi corrisposti resteranno acquisiti dalla Società.

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata per anni interi alla data di ingresso in assicurazione trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi e successivamente per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi.

ART. 4 LIMITI DI ETA’

L’età assicurativa all’ingresso in assicurazione deve essere compresa tra 21 e 70 anni.

ART. 5 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato devono essere esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, dell’Assicurato, relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo, nonché la stessa cessazione dell’assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell’Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.
L’inesatta indicazione dell’età dell’Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all’età reale, delle somme dovute.
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all’atto di sottoscrizione, il Contraente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società Delegataria, comprensivo del domicilio laddove modificato.

ART. 6 MODALITA' ASSUNTIVE

Fermo restando che per l’Assicurato, l’attivazione della presente forma assicurativa avviene con la nomina a Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, l’adesione alla stessa e la designazione dei beneficiari avviene attraverso la compilazione e sottoscrizione, da parte dell’Assicurato, del “**Modulo AB**” (Adesione e Designazione dei Beneficiari), il cui fac simile è contenuto nella successiva Sezione 10.

Nei casi 1., 2., 3. e 4. previsti al punto 16 “Prosecuzione volontaria” delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1, l’Assicurato che non abbia riscattato totalmente la propria posizione aperta nella Convenzione e nel rispetto dei limiti e delle condizioni di cui al punto 16 suddetto può presentare apposita domanda di prosecuzione volontaria all’Associazione Antonio Pastore mediante compilazione del

“**Modulo PV” (Domanda di prosecuzione volontaria**), il cui fac simile è contenuto nella successiva Sezione 10, entro diciotto mesi:

- dalla data di cessazione dal servizio comprensivo del periodo di preavviso;
- dal termine dell’ultimo periodo contributivo regolarmente versato dall’Azienda dalla quale dipende;
- dalla data di inizio del periodo di aspettativa non retribuita;
- dal termine dell’ultimo periodo contributivo liquidato dalla forma assicurativa danni “Assicurazione Ponte”.

Resta inteso che la garanzia assicurativa, secondo quanto previsto all'Art. 4, sarà valida fino al 70° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa).

ART. 7 PREMIO DI ASSICURAZIONE

A fronte delle prestazioni assicurate, l’Associazione “Antonio Pastore”, nei termini stabiliti al punto 6. “Pagamento del premio” delle Disposizioni di carattere generale – Sezione 1, verserà per ogni Assicurato che non abbia raggiunto il 70° anno di età (età assicurativa) o fino al decesso dell’Assicurato, se precedente, un premio annuo con frazionamento trimestrale determinato all'ingresso in assicurazione e successivamente al 1° gennaio di ogni anno, in base a quanto contenuto nella Tabella n°2 della Sezione 9 "Tabelle" con riferimento all'età raggiunta dall'Assicurato e al sesso dello stesso.

ART. 8 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio lordo dovuto per ogni Assicurato di cui al precedente Art 7 “Premio di Assicurazione” dovrà essere versato nei termini e secondo le modalità di cui al punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” e 6 “Pagamento del Premio” delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1.

ART. 9 DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE ED EFFICACIA DELLA GARANZIA

La garanzia assicurativa decorre ed entra in vigore con le limitazioni e le esclusioni di cui all’Art. 10 “Carenza” e all’Art. 12 “Rischi esclusi” – a condizione che venga corrisposto il relativo premio alle condizioni e nei termini convenuti – alla data di ingresso dell’”Affiliato” in Convenzione così come riportato alla lettera b. dell’Art. 12 “Efficacia delle garanzie assicurative – Carenze” delle Disposizione di carattere generale contenute nella precedente Sezione 1.

Limitatamente ai "**Prosecutori volontari**" così come definiti al precedente Art. 6 "Modalità assuntive", la decorrenza e l’entrata in vigore della garanzia assicurativa, con le limitazioni e le esclusioni di cui ai successivi Art. 10 “Carenza” e Art. 12 “Rischi esclusi” sono regolate alle lettere a. e b. del punto 16. “Prosecuzione volontaria” contenuto nelle Disposizioni di carattere generale – Sezione 1.

ART. 10 CARENZA

Nel caso in cui il decesso dell’Assicurato intervenga prima che siano trascorsi sei mesi:

- dalla data di ingresso

o

- dalla data di reingresso (con interruzione della qualifica di Dirigente superiore a sei mesi)

dello stesso in Convenzione, in qualità di Dirigente, in luogo del Capitale assicurato sarà corrisposto un importo pari all'ammontare dei premi versati relativi alla presente forma assicurativa. Tale limitazione non sarà applicata nel caso in cui il decesso si verifichi a seguito di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'ingresso o il reingresso dell'Assicurato in Convenzione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l'ingresso o il reingresso dell'Assicurato in Convenzione;
- infortunio.

La medesima limitazione (Carenza) verrà applicata, anche nel caso di prosecuzione volontaria secondo quanto stabilito al punto 17 "Carenze per i Prosecutori Volontari" delle Disposizioni di Carattere generale della Convenzione contenute nella Sezione 1.

ART. 11 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Le rate di premio di cui al precedente Art. 8 "Pagamento del premio" dovranno pervenire all'Associazione "Antonio Pastore" entro le ore 24 del 70° giorno dalla scadenza della rata così come stabilito al precedente Art. 8 "Pagamento del Premio"; trascorso tale termine la copertura relativa alla presente garanzia resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui sarà versato al Contraente tutto quanto da lui richiesto.

I prosecutori volontari all'Associazione "Antonio Pastore" hanno la facoltà di sospendere e riattivare successivamente la contribuzione secondo i termini stabiliti al punto 18. "Sospensione e riattivazione della contribuzione per i prosecutori volontari" delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione contenute alla Sezione 1.

ART. 12 RISCHI ESCLUSI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.
È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

a) dolo dell'Assicurato o dei Beneficiari;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione 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) incidenti 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.

ART. 13 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata della copertura è fissata dalla data di decorrenza di cui al precedente Art 9 "Decorrenza dell'assicurazione ed efficacia della garanzia" alla scadenza annuale del premio successiva al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa), sempreché vengano corrisposti i premi dovuti e che prima di tale termine non sia stato denunciato il decesso dell'Assicurato stesso.

ART. 14 INTERRUZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

E' consentito all'Assicurato, che abbia superato il 65° anno di età assicurativa, di interrompere la garanzia assicurativa. L'interruzione avverrà a partire al 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta da inoltrare per iscritto all'Associazione "Antonio Pastore" o all'Intermediario, i quali, a loro volta, provvederanno a trasmetterla alla Società Delegataria.

Il premio per la forma assicurativa “Temporanea caso morte monoannuale” interrotta, confluirà nella forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”. Nel caso la posizione assicurativa dell'Assicurato non contempli tale ultima garanzia, il premio complessivo corrisposto fino a quel momento sull'intera posizione assicurativa sarà decurtato della quota destinata alla garanzia interrotta.

L'interruzione della presente garanzia assicurativa determina necessariamente la contemporanea interruzione della garanzia "Dread Disease" di cui alla successiva Sezione 4.

ART. 15 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti previsti al punto 9 della Sezione 10, necessari a verificare l’effettiva esistenza dell’obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La Società Delegataria si impegna a comunicare tempestivamente all'Intermediario l’incompletezza della documentazione pervenuta.

Verificata la sussistenza dell’obbligo di pagamento, la Società Delegataria esegue il pagamento agli aventi diritto, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso a favore dei Beneficiari.

ART. 16 SINISTRO CHE COLPISCA PIU' TESTE

Nel caso in cui un sinistro colpisca più assicurati a seguito dello stesso evento accidentale, non verrà applicato alcun limite all'importo complessivo da liquidare per tale prestazione caso morte.

E' fatto però obbligo all'Associazione "Antonio Pastore" di preventiva comunicazione all'Intermediario e alla Società Delegataria di riunioni e convocazioni estese ad oltre 600 Assicurati partecipanti.

ART. 17 ABBUONO DI PREMIO

L’abbuono B da calcolare alla fine di ciascun esercizio di riferimento – intendendosi per tale il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno di validità della Convenzione - viene determinato per mezzo della seguente formula:

B = 85% * (80% *P – S)

dove:

B sta ad indicare l’abbuono di premio relativo all’esercizio di riferimento;

P sta ad indicare l’ammontare dei premi versati relativi all’esercizio di riferimento;

S sta ad indicare il totale dei sinistri avvenuti e/o riservati nell’esercizio di riferimento.

Nel caso in cui l'Abbuono di Premio fosse positivo, lo stesso andrebbe ad incrementare il Fondo Unico; in caso contrario lo stesso andrebbe a ridurre per il medesimo importo il Fondo Unico stesso.

ART. 18 BENEFICIARI

I Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato sono i soggetti da lui stesso designati nel "**Modulo AB**" (Adesione e Designazione Beneficiari) o, successivamente a questo, nel "**Modulo VB**" (Variazione Beneficiari).

In mancanza di specifica designazione, il beneficio verrà riconosciuto agli eredi testamentari, per quote uguali.

In assenza di testamento, il beneficio verrà riconosciuto agli eredi legittimi, per quote uguali.

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

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

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche o modifiche di essa debbono essere comunicate per iscritto alla Società Delegataria.

Revoche o modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative e dette polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

ART. 19 INFORMATIVA PERIODICA

Entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, verrà trasmesso ad ogni Assicurato un Documento unico di rendicontazione annuale della singola posizione assicurativa.

ART. 20 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione del Certificato di assicurazione, l'Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne, previa richiesta scritta, un duplicato.

ART. 21 RISCATTO – RIDUZIONE - PRESTITI

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e/o riduzione del Contratto e non prevede la concessione di prestiti

ART. 22 VINCOLO

L'Assicurato può vincolare le somme derivanti dal presente Contratto.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società Delegataria, a seguito di comunicazione scritta inviata tramite l'intermediario o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ne abbia fatto annotazione su appendice da consegnare all'Assicurato stesso.

ART. 23 IMPOSTE

Le imposte presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto, sono a carico dell'Assicurato, dei Beneficiari ed aventi diritto, secondo le norme di Legge vigenti.

ART. 24 ARROTONDAMENTI

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società farà all'Associazione "Antonio Pastore", all'Assicurato e ai Beneficiari saranno indicati con due decimali.

Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra decimale avverrà con il criterio commerciale e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 25 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, ove possibile, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 26 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C.

Se tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 27 LEGISLAZIONE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 28 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Parti si riservano di apportare le modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della Normativa di riferimento.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 4

Condizioni di assicurazione
Relative alla forma assicurativa “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla forma assicurativa – "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)"

Premesse
La presente garanzia assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)" è prestata in forma collettiva in conformità a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi unitamente ad altre garanzie assicurative di cui alla Convenzione 3182 stipulata tra l'Associazione "Antonio Pastore", il FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Generali Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

La garanzia "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)" è prestata in coassicurazione tra:
- Generali Italia S.p.A. con una quota del 60% (Società Delegataria)
- CNP Vita Assicura S.p.A. con una quota del 40% (Società Coassicuratrice).

La garanzia "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)" è subordinata alla garanzia "Temporanea Caso Morte monoannuale" di cui alla Sezione 3 che precede. Per tale ragione, la garanzia "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)" è prestata solo nel caso in cui sia operante la summenzionata garanzia "Temporanea Caso Morte monoannuale".

Ogni singolo Assicurato detiene, nell'ambito della Convenzione "3182", una propria posizione individuale costituita dall'insieme delle forme assicurative menzionate al punto 3. "Disposizioni di carattere generale" contenuto nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto nella Convenzione stessa.

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA'
Gli obblighi delle Società Coassicuratrici risultano esclusivamente
- dalle presenti Condizioni di Assicurazione,
- dall'eventuale Rapporto di Visita Medica,
- dal Certificato di Assicurazione,
- dalla Convenzione "3182" nonché dalle eventuali Appendici alla Convenzione firmate dalle Società Coassicuratrici stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente Contratto e dalla Convenzione "3182" valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI
Contraente della presente forma assicurativa è l'Associazione "Antonio Pastore" che agisce in nome proprio ma per conto degli "Affiliati" all'Associazione stessa (di seguito denominati "Assicurati").

Assicurati delle forme assicurative riferite alla Convenzione "3182", nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti i Dirigenti "ordinari" e "con agevolazioni" (come definiti dai CCNL dirigenti terziario distribuzione e servizi in vigore) nonché i "Prosecutori volontari" di cui al punto 16. "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1 che precede.

ART. 3 PRESTAZIONE ASSICURATA
Fermo quanto previsto dal successivo Art. 15 "Esclusioni" e dall'Art. 13 "Carenza", la forma assicurativa “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)” garantisce all’Assicurato il pagamento di una prestazione in forma di capitale in euro nel caso di insorgenza di una delle malattie gravi tra quelle elencate all’Art. 4 “Malattie Gravi”.

Per ciascun Assicurato, il capitale assicurato dalla presente forma assicurativa, come esposto nella Tabella n. 2bis contenuta nella Sezione 9, è pari al 5% del corrispondente capitale assicurato della forma assicurativa “Temporanea Caso Morte monoannuale” alla data di ricezione della denuncia di una delle malattie gravi previste, con un minimo di € 13.000,00.

Dopo il pagamento, da parte della Società Delegataria, della prestazione, per la posizione individuale dell’Assicurato, la forma assicurativa “Assicurazione temporanea monoannuale in caso di insorgenza di malattia grave (Dread Disease)” si estingue e, a decorrere dall’annualità successiva al pagamento dell’intera prestazione per malattia grave, il premio non sarà più dovuto e nessuna ulteriore prestazione potrà essere erogata alla insorgenza di una ulteriore malattia grave.

In caso di **ictus** o necessità di **trapianto degli organi principali**, l’Assicurato o un suo legale rappresentante possono chiedere il pagamento della prestazione definita “Aiuto Immediato” come regolamentato dal successivo Art. 6 “Aiuto Immediato”. Dopo il pagamento dell’“Aiuto Immediato”, la prestazione residua (anche per malattie gravi diverse da ictus e trapianto degli organi principali) è pari al 50% del capitale assicurato calcolato alla data della successiva richiesta.

ART. 4 MALATTIE GRAVI
Vengono di seguito definite le Malattie Gravi per le quali è possibile chiedere la prestazione della presente forma assicurativa:

Cancro
Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.
La diagnosi di cancro deve essere certificata dallo specialista di competenza e supportata dall’esame istologico o da accertamento diagnostico certo.

Chirurgia dell’aorta
Intervento chirurgico per malattia dell’aorta per via toracotomica o laparotomica che comporti ricostruzione o asportazione dell’aorta malata e la sua sostituzione con una protesi. Per aorta si intende l’aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami. La garanzia è estesa anche a interventi chirurgici dell’aorta eseguiti usando solo tecniche di chirurgia endovascolare.

Chirurgia delle valvole cardiache
Intervento chirurgico per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza di disfunzione o anormalità delle stesse.
La diagnosi di anormalità delle valvole cardiache deve essere evidenziata da cateterismo o ecocardiogramma e l’intervento chirurgico deve essere considerato necessario da parte di un cardiologo.

Chirurgia di by-pass aorto-coronarico
Intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico per correggere o trattare una malattia coronarica.

Ictus
Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

- durata dei sintomi/segni superiore a 24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 180 giorni dalla data dell'evento. I danni neurologici devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Per danno neurologico permanente si intende che, dopo 180 giorni dalla prima diagnosi dell'ictus, l'aderente presenta almeno una delle seguenti condizioni irreversibili confermate da un neurologo:

- perdita d'uso completa e permanente di due o più arti
- disturbo organico o funzionale della masticazione e deglutizione che rende l'aderente incapace di mangiare cibi solidi, escludendo cause di natura dentaria
- inabilità permanente a svolgere senza assistenza almeno 3 delle seguenti attività della vita quotidiana:
  - fare il bagno o la doccia
  - vestirsi e svestirsi
  - andare alla toilette e mantenere adeguati livelli di igiene personale
  - controllare volontariamente le funzioni intestinali e urinarie
  - sedersi ed alzarsi dalla sedia e sdraiarsi ed alzarsi dal letto
  - bere o mangiare cibi già preparati

Sindrome coronarica acuta
Definita sulla base dell'evidenza documentata di necrosi miocardica nell'ambito di un quadro di ischemia. Gli accertamenti diagnostici devono certificare il riscontro dell'aumento significativo dei marcatori biochimici cardiaci (specialmente la troponina T/I) unitamente a uno o più dei seguenti fattori:

- sintomi di ischemia;
- variazioni elettrocardiografiche peculiari di ischemia miocardica (STEMI, NSTEMI), dell'onda T o comparsa di blocco di branca sinistro completo;
- presenza di onda Q;
- riscontro di nuove alterazioni della cinetica parietale ventricolare all'eco-color-doppler cardiaco;
- riscontro di trombosi coronarica all'accertamento coronarografico.

La diagnosi deve essere certificata da uno specialista cardiologo che ne attesti il percorso clinico-strumentale mediante relazione dettagliata e supportata da adeguata documentazione.

Insufficienza renale
Insufficienza renale terminale che si presenta come un'insufficienza cronica irreversibile di entrambi i reni, in conseguenza della quale viene istituita la dialisi cronica regolare.

Trapianto degli organi principali
Ricevere un trapianto tra esseri umani (o essere inserito in una lista di attesa ufficiale) di:

- midollo osseo usando cellule staminali ematopoietiche preceduto da ablazione totale del midollo osseo;
- uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, piccolo intestino (duodeno, digiuno, ileo), a causa della disfunzionalità totale e irreversibile dell'organo.

La necessità del trapianto deve essere certificata da uno specialista chirurgo.

ART. 5 INSORGENZA DELLA MALATTIA

L'insorgenza della malattia si intende stabilita come segue:

- per il **cancro** e la **sindrome coronarica acuta**: la data della diagnosi;
- per le **chirurgie dell'aorta**, **delle valvole cardiache** e **di by-pass aortocoronarico**: la data dell'intervento chirurgico;
- per **l'ictus**: la data dell'esordio acuto. A tale data, se sono presenti gli esiti previsti dalla definizione di Ictus (Art. 4 "Malattie Gravi"),tranne quello di danno neurologico permanente accertabile entro 180 giorni dall'evento, è richiedibile l'"Aiuto Immediato" (Art. 6 "Aiuto Immediato");
- per **l'insufficienza renale**: la data d'inizio della dialisi cronica regolare;
- per il **trapianto degli organi principali**: la data del trapianto o la data di inserimento nella lista di attesa ufficiale. In attesa dell'inserimento nella lista d'attesa, è richiedibile l'"Aiuto Immediato" (Art. 6 "Aiuto Immediato").

ART. 6 - "AIUTO IMMEDIATO"

Solo per il caso di diagnosi di **ictus** o di **necessità di trapianto degli organi principali**, l'Assicurato o chi per esso, può richiedere il pagamento della prestazione - "Aiuto Immediato" – come di seguito precisato, ferme le relative definizioni previste all'art 4 "Malattie Gravi" (con eccezione delle deroghe sotto riportate) e ferme le carenze indicate all'Art 13 "Carenze" e le esclusioni indicate all'Art. 15 "Esclusioni".

L'"Aiuto Immediato" può essere richiesto alle seguenti condizioni:

- entro 90 giorni dalla prima diagnosi di ictus, se un neurologo conferma la presenza di un danno neurologico che comporta per l'Assicurato almeno una delle condizioni irreversibili elencate all'Art. 4 "Malattie Gravi" – paragrafo "Ictus", anche se il danno neurologico non è ancora qualificabile come permanente;
- prima che l'Assicurato abbia ricevuto un trapianto o sia stato inserito in una lista di attesa ufficiale, se un medico specialista (non necessariamente chirurgo) certifica la necessità di trapianto di uno degli organi principali elencati all'Art. 4 "Malattie Gravi" – paragrafo "Trapianto degli organi principali".

Al verificarsi delle suddette condizioni, la Società Delegataria paga all'Assicurato una somma pari al 50% del capitale assicurato calcolato alla data della richiesta di "Aiuto immediato".

Dopo il pagamento dell'"Aiuto Immediato" la prestazione residua in caso di malattia grave, anche diversa da ictus e trapianto degli organi principali, è pari al 50% del capitale assicurato calcolato alla data dell'ulteriore richiesta.
L'Assicurato può richiedere il pagamento della prestazione residua secondo le modalità normalmente previste anche nel caso di patologia diversa da quella per cui è stato richiesto l'"Aiuto Immediato", sempreché tale patologia rientri tra quelle previste dall'Art. 4 "Malattie Gravi" ferme le carenze indicate all'Art. 13 "Carenze" e le esclusioni indicate all'Art 15 "Esclusioni".
Ciascun Assicurato può richiedere l'"Aiuto Immediato" una sola volta.

ART. 7 LIMITI DI ETA'
L'età assicurativa minima all'ingresso in assicurazione è di 21 anni. L'età assicurativa massima all'ingresso in assicurazione è di 70 anni.

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata:

- alla data di ingresso in assicurazione, per anni interi trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi
- successivamente, per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi.

ART. 8 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO
Le Società consentono l'assicurazione delle posizioni individuali in base alle dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati sui dati e le circostanze richiesti.
Il Contraente e gli Assicurati devono fornire informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del rischio.
Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, si può determinare:

- la perdita in tutto o in parte del diritto alle prestazioni, e
- la cessazione dell'assicurazione per la posizione individuale a cui si riferiscono le dichiarazioni inesatte o parziali[4].

Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza della posizione individuale o dalla sua riattivazione, la stessa non è contestabile per le dichiarazioni imprecise e incomplete del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

Se l'età dell'Assicurato è indicata in modo inesatto, la Società Delegataria può rettificare i premi o le prestazioni, ossia ricalcolarli sulla base dell'età corretta. Se in base all'età effettiva la persona risulta non assicurabile, la Società Delegataria può risolvere l'assicurazione riferita alla posizione individuale.
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite dall'Assicurato all'atto di sottoscrizione, il Contraente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società Delegataria, comprensiva del domicilio laddove modificato.

[4] Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 9 MODALITA' ASSUNTIVE

Per ogni Assicurato, l'attivazione della presente forma assicurativa avviene con la nomina a Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi.

Nei casi 1., 2., 3. e 4. previsti al punto 16 "Prosecuzione volontaria" della Sezione n. 1 delle "Disposizioni di carattere generale della Convenzione 'Antonio Pastore' n. 3182", e nel rispetto dei limiti e delle condizioni di cui allo stesso punto 16, se l'Assicurato non ha riscattato totalmente la propria posizione individuale aperta nella Convenzione, può presentare apposita domanda di prosecuzione volontaria. In tal caso, deve compilare il "**Modulo PV" (Domanda di prosecuzione volontaria**) – il cui fac simile è contenuto nella successiva Sezione 10 – entro diciotto mesi:

- dalla data di cessazione dal servizio comprensivo del periodo di preavviso;
- dal termine dell'ultimo periodo contributivo regolarmente versato dall'Azienda dalla quale dipende;
- dalla data di inizio del periodo di aspettativa non retribuita;
- dalla data di nomina a Dirigente in "sospensione degli obblighi contributivi";
- dal termine dell'ultimo periodo contributivo liquidato dalla forma assicurativa danni "Assicurazione Ponte".

Resta inteso che la garanzia assicurativa, secondo quanto previsto all'Art. 7 "Limiti di età", sarà valida fino al 70° anno di età assicurativa dell'Assicurato.

ART. 10 PREMIO DI ASSICURAZIONE

A fronte delle prestazioni assicurate, il Contraente, nei termini stabiliti al punto 6 "Pagamento del premio" delle "Disposizioni di carattere generale" - Sezione 1, verserà per ogni Assicurato un premio annuo, con frazionamento trimestrale, pari ad € 129,00.

Il premio è dovuto per intero anche successivamente al pagamento dell'"Aiuto Immediato" (Art. 6 che precede).

Il premio non è più dovuto a decorrere dall'annualità successiva a quella del pagamento dell'intera prestazione per malattia grave (o della prestazione residua in caso di precedente attivazione dell'"Aiuto Immediato").

In caso di termine della contribuzione per cessazione del rapporto di lavoro o interruzione della Prosecuzione Volontaria, il premio è dovuto in pro-rata fino alla data di termine effettivo della contribuzione o della Prosecuzione Volontaria.

ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio lordo dovuto per ogni Assicurato di cui al precedente Art. 10 "Premio di Assicurazione" dovrà essere versato nei termini e secondo le modalità di cui al punto 5 "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" e al punto 6 "Pagamento del Premio" della Sezione 1 "Disposizioni di carattere generale della Convenzione 'Antonio Pastore' n. 3182".

ART. 12 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE ED EFFICACIA DELLA GARANZIA

A fronte del versamento del premio alle condizioni e nei termini previsti, la garanzia assicurativa decorre dalla data di ingresso dell'"Affiliato" in Convenzione così come riportato alla lettera c. punto 12 "Efficacia delle garanzie assicurative – Carenze" contenuto nella Sezione 1. . Rimane valido quanto previsto ai successivi articoli 13 "Carenza" e 15 "Esclusioni".

Con riferimento ai "**Prosecutori volontari**", così come definiti al precedente Art. 9 "Modalità assuntive", la decorrenza e l'entrata in vigore della garanzia assicurativa sono

regolate alle lettere a. e b. del punto 16 “Prosecuzione volontaria” contenuto nella Sezione 1. Anche in questo caso, rimane valido quanto previsto ai successivi articoli 13 “Carenza” e 15 “Esclusioni” delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 13 CARENZA
Per Dirigenti “Ordinari” o “con agevolazioni” i quali abbiano maturato, senza soluzione di continuità, nel periodo immediatamente precedente l’entrata in vigore della presente Convenzione (01/01/2025), una anzianità di servizio superiore a 6 mesi: non è prevista alcuna carenza.

Per:

- Dirigenti “Ordinari” o “con agevolazioni” assunti o nominati a partire dal 01/01/2025 o con anzianità di servizio continuativa inferiore a 6 mesi maturata precedentemente all’entrata in vigore della presente Convenzione (01/01/2025);
- ex Dirigenti per i quali si verifica il reingresso in garanzia trascorso un periodo superiore a 6 mesi dalla precedente perdita della qualifica (anche qualora la stessa sia avvenuta in vigenza della precedente Convenzione n. 3175),

la carenza è pari a 6 mesi dall’ingresso o dal reingresso dell’Assicurato in Convenzione. Nel caso in cui la malattia grave insorga durante tale periodo, in luogo della prestazione la Società delegataria liquida una somma pari all’ammontare dei premi versati, al netto degli eventuali oneri accessori.

Per Ex Dirigenti i quali abbiano presentato domanda di prosecuzione volontaria trascorsi 6 mesi dalla perdita della qualifica, ai quali la Società Delegataria abbia chiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e gli stessi Assicurandi non aderiscano a tale richiesta, nel caso in cui l’insorgenza di una delle malattie gravi, previste dalla presente forma assicurativa, si verifichi nei primi sette anni dalla richiesta di prosecuzione volontaria e sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra malattia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e la Società Delegataria corrisponderà una somma pari all’ammontare dei premi versati alla presente garanzia, al netto degli eventuali oneri accessori.

ART. 14 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO
Le rate di premio di cui al precedente Art. 11 “Pagamento del premio” dovranno pervenire al Contraente entro 70 giorni dalla scadenza della rata. Trascorso detto termine, l’assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui verrà versato il premio al Contraente.
La riattivazione avrà come effetto quello di ripristinare le coperture sospese dietro la corresponsione dei premi arretrati maggiorati degli interessi legali.

I prosecutori volontari all'Associazione "Antonio Pastore" hanno la facoltà di sospendere e riattivare successivamente la contribuzione secondo i termini stabiliti al punto 18. "Sospensione e riattivazione della contribuzione per i prosecutori volontari" delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione contenute alla Sezione 1.

ART. 15 ESCLUSIONI
Sono escluse dall'assicurazione le malattie gravi causate da:

- anomalie congenite o esiti di infortuni o malattie che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore della posizione individuale;
- lesioni e/o malattie intenzionalmente procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni mediche o esposizione volontaria al pericolo;
- abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni.

Per le singole malattie gravi valgono, inoltre, le seguenti esclusioni:

Cancro
Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come premaligni o non-invasivi;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose ed i melanomi di stadio IA o inferiore nella classificazione TNM (massimo spessore R 1.0 mm, senza ulcerazioni) secondo la nuova classificazione 2002 dell'American Joint Committee of Cancer, senza metastasi;
- tumori che non minacciano la vita, come ad esempio i tumori della prostata descritti istologicamente nella classificazione TNM come T1(a) o T1(b) ma non T1(c) o di stadio equivalente o inferiore in un'altra classificazione, la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1, il morbo di Hodgkin allo stadio 1.

Chirurgia dell'aorta
Sono esclusi gli interventi chirurgici subiti in conseguenza di lesioni traumatiche dell'aorta.

Chirurgia delle valvole cardiache
È esclusa la sostituzione di protesi valvolari.

Chirurgia di by-pass aorto-coronarico
Sono esclusi l'angioplastica, l'impianto di stent o qualsiasi altra procedura percutanea o non chirurgica.

Ictus
Sono esclusi dalla garanzia per l'ictus:

- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino solo a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia;
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

Sindrome coronarica acuta
Sono esclusi dalla garanzia:
- angina pectoris stabile;
- angina instabile;
- sindrome coronarica indotta da sostanze stupefacenti;
- sindrome di Tako-Tsubo.

Insufficienza renale
Sono escluse le forme che non rendono necessaria la dialisi cronica regolare.

Trapianto degli organi principali
È escluso dalla garanzia il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule.

ART. 16 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata della copertura assicurativa è fissata dalla data di decorrenza di cui al precedente Art. 12 "Decorrenza dell'assicurazione ed efficacia della garanzia" alla scadenza annuale del premio successiva al raggiungimento del 70° anno di età assicurativa dell'Assicurato, sempreché vengano corrisposti i premi dovuti e che prima di tale termine non sia stata riconosciuta la prestazione per malattia grave dell'Assicurato.

La copertura assicurativa, per ogni posizione individuale, viene meno al verificarsi del primo fra i seguenti eventi:
- decesso dell'Assicurato;
- perdita dei requisiti di adesione alla Convenzione;
- superamento da parte dell'Assicurato dei 70 anni di età assicurativa (in questo caso la copertura cessa al 1° gennaio dell'anno successivo);
- pagamento dell'intera prestazione, o della prestazione residua in caso di attivazione dell'"Aiuto Immediato", per malattia grave.

ART. 17 OPZIONE DI INTERRUZIONE DELLA FORMA ASSICURATIVA "TEMPORANEA CASO MORTE MONOANNUALE" E CONSEGUENZE PER LA FORMA ASSICURATIVA "TEMPORANEA MONOANNUALE IN CASO DI MALATTIA GRAVE" (DREAD DISEASE)

Secondo quanto previsto all'Art. 14 "Interruzione della garanzia assicurativa" contenuto nella Sezione 3, è consentito all'Assicurato che abbia superato il 65° anno di età assicurativa richiedere l'interruzione della garanzia assicurativa "Temporanea caso morte monoannuale". L'interruzione ha vigore dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta. La suddetta interruzione implica la contestuale cessazione della forma assicurativa "Temporanea monoannuale in caso di malattia grave" (Dread Disease).

L'Assicurato non può interrompere la sola garanzia "Temporanea monoannuale in caso di malattia grave" (Dread Disease) mantenendo in vigore la garanzia "Temporanea caso morte monoannuale".

ART. 18 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta alla Società Delegataria per il tramite dell'Intermediario accompagnate dai documenti previsti al punto 10. della Sezione 10. "Documenti da presentare" necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

La Società Delegataria si impegna a comunicare tempestivamente all'Intermediario l'incompletezza della documentazione pervenuta.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società Delegataria esegue il pagamento agli aventi diritto, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

ART. 19 ABBUONO DI PREMIO
L'abbuono B da calcolare alla fine di ciascun esercizio di riferimento – intendendosi per tale il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno di validità della Convenzione - viene determinato per mezzo della seguente formula:

B = 85% * (80% *P – S)

dove:
B sta ad indicare l'abbuono di premio relativo all'esercizio di riferimento;
P sta ad indicare l'ammontare dei premi versati relativi all'esercizio di riferimento;
S sta ad indicare l'ammontare delle somme pagate e/o riservate per i sinistri verificatisi nell'esercizio di riferimento.

Nel caso in cui l'Abbuono di Premio fosse positivo, lo stesso andrebbe ad incrementare il Fondo Unico; in caso contrario lo stesso andrebbe a ridurre per il medesimo importo il Fondo Unico stesso.

ART. 20 BENEFICIARI
Il Beneficiario delle prestazioni previste è l'Assicurato.

Se nel corso del periodo di accertamento della malattia grave sopraggiunge il decesso dell'Assicurato e la Società Delegataria riconosce il diritto alla prestazione, questa è pagata a titolo successorio agli eredi dell'Assicurato previo ricevimento della documentazione necessaria ad identificarli.

ART. 21 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione del Certificato di Assicurazione, l'Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne, previa richiesta scritta inoltrata all'Intermediario, un duplicato.

ART. 22 RISCATTO – RIDUZIONE – PRESTITI
La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e/o riduzione del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

ART. 23 IMPOSTE
Le imposte presenti e future dovute sugli atti dipendenti dall'assicurazione sono a carico dell'Assicurato secondo le norme di legge vigenti.

ART. 24 FORO COMPETENTE
Per le controversie relative all'assicurazione, il Foro competente può essere esclusivamente quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente[5].

Le istanze di mediazione nei confronti della Società Delegataria devono essere inoltrate per iscritto a:
Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)
e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

ART. 25 LEGISLAZIONE APPLICABILE
All'assicurazione si applica la legge italiana.

ART. 26 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Le Parti si riservano di apportare le modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa di riferimento.

[5] Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 5

Condizioni di assicurazione
relative alle forme assicurative di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza – Long Term Care”
(nella forma “Temporanea” e nella forma “a Vita Intera”)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLE FORME ASSICURATIVE DI "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza – Long Term Care" (nella forma "Temporanea" - TAR. 54L3 - e nella forma "a Vita Intera" – TAR. 11L7)

Premessa

Le presenti garanzie assicurative "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" o "a Vita Intera" vengono prestate in forma collettiva in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi unitamente ad altre garanzie assicurative di cui alla Convenzione "3182" stipulata tra l'Associazione "Antonio Pastore", il FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Generali Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A..

Le garanzie assicurative di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" o "a Vita Intera" sono prestate in coassicurazione tra:

- CNP Vita Assicura S.p.A. con una quota del 60% (Società Delegataria)
- Generali Italia S.p.A. con una quota del 40% (Società Coassicuratrice).

Ogni singolo Assicurato detiene, nell'ambito della Convenzione "3182", una propria posizione assicurativa costituita dall'insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. delle "Disposizioni di carattere generale" contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione stessa.

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETA'

Gli obblighi delle Società Coassicuratrici risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dall'eventuale questionario medico, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione "3182" nonché dalle eventuali Appendici alla Convenzione firmate dalle Società stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione e dalla Convenzione "3182" valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE E ASSICURATI

Contraente della presente garanzia nella forma "**Temporanea**" è:

- il FASDAC limitatamente ai dirigenti in attività di servizio e ai propri prosecutori volontari (di seguito denominati "Assicurati");
- l'Associazione "Antonio Pastore" limitatamente agli "Affiliati" ex dirigenti prosecutori volontari all'Associazione e non anche al FASDAC (di seguito denominati "Assicurati"); l'Associazione agisce in nome proprio ma per conto degli "Affiliati" all'Associazione stessa;

Contraente della presente garanzia nella forma "**a Vita Intera**" è l'Associazione "Antonio Pastore" che agisce in nome proprio ma per conto degli "Affiliati" all'Associazione stessa (di seguito denominati "Assicurati").

Assicurati di dette forme assicurative, nei limiti contrattuali ivi previsti sono tutti i Dirigenti "ordinari", "con agevolazioni" e "con agevolazioni" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi" nonché i "Prosecutori volontari" affiliati all'Associazione "Antonio Pastore" di cui al punto 16. delle Disposizioni di carattere generale della

Convenzione “3182” contenute nella Sezione 1 nonché i “Prosecutori volontari” al FASDAC.

ART. 3 PRESTAZIONI ASSICURATE

Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma “Temporanea”: ferme le esclusioni di cui al successivo Art. 19 “Rischi esclusi” e all’Art.14 “Carenza”, la garanzia assicurativa “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea” garantisce all’Assicurato che si venga a trovare, nel corso della durata della copertura assicurativa, ma non oltre il suo 70° anno di età (età assicurativa), in uno stato di dipendenza totale e permanente così come definita al successivo Art 5. “Definizione dello stato di dipendenza”:

- l’erogazione di una rendita mensile posticipata fintanto che perduri lo stato di dipendenza e/o fino al decesso dell’Assicurato;
- la liquidazione in un’unica soluzione al momento dell’accertamento dello stato di non autosufficienza, di un Capitale di importo pari a 5 mensilità della rendita mensile posticipata di cui al precedente punto elenco.

Per questa forma, quale età assicurativa, si intende l'età dell'Assicurato alla data di ingresso in assicurazione e, successivamente, al 1° gennaio di ogni anno, calcolata per anni interi trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi.

Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma “a Vita Intera”: in alternativa alla garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”, l’Assicurato – mediante la compilazione e la sottoscrizione del “**Modulo LTC” -** il cui fac-simile è contenuto nella successiva Sezione 10 - da inviare all’Associazione “Antonio Pastore” o all’Intermediario - può scegliere di attivare la garanzia assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “a Vita Intera”.
Ferme le esclusioni di cui al successivo Art. 19 “Rischi esclusi”, la forma “a Vita Intera”, con pagamento dei premi fino all’80° anno di età assicurativa compreso, garantisce all’Assicurato che si venga a trovare, in qualsiasi momento, in uno stato di dipendenza totale e permanente così come definita al successivo Art 5. “Definizione dello stato di dipendenza”, l’erogazione di una rendita mensile posticipata fintanto che perduri lo stato di dipendenza o fino al decesso dell’Assicurato. L’attivazione di tale forma può avvenire solo a partire dal 55° anno di età assicurativa dell’Assicurato ed è subordinata all’accettazione del rischio da parte della Società Delegataria, secondo quanto stabilito al successivo Art. 9 “Modalità assuntive”.

Per questa forma, quale età assicurativa, si intende l’età dell’Assicurato alla decorrenza della garanzia e, successivamente, ad ogni ricorrenza di polizza, calcolata per anni interi trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi.

All'attivazione della garanzia nella forma "a Vita Intera" sarà cessata la corrispondente garanzia nella forma "Temporanea" sia che quest'ultima risulti prestata dall'Associazione "Antonio Pastore" o dal FASDAC.

ART. 4 LIMITI DI ETA'

Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma "Temporanea": l'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere compresa tra 21 e 70 anni (età assicurativa).

Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma "a Vita Intera": l'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere compresa tra 55 e 80 anni (età assicurativa).

ART. 5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI DIPENDENZA

E' considerato in stato di dipendenza l'Assicurato che, a seguito di accertamento clinico e nel rispetto delle esclusioni di cui al successivo Art. 19 "Rischi esclusi", si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente, di poter compiere 3 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana:

Farsi il bagno o la doccia: capacità di compiere tali azioni senza l'assistenza di una terza persona.

Lavarsi: effettuare la propria igiene fisica (intesa come capacità di radersi, pettinarsi o di fare la toilette), senza l'assistenza di una terza persona.

Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.

Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali.

ART. 6 AMMONTARE DELLA RENDITA GARANTITA

A decorrere dalla data di denuncia dello stato di dipendenza, l'Assicurato percepirà, in caso di dipendenza così come definita al precedente Art. 5 "Definizione dello stato di dipendenza" e fintanto che si trovi in tale stato, una rendita vitalizia iniziale di ammontare pari a € 2.582,28 mensili, pagabile in rate posticipate.

Ad ogni anniversario della data di denuncia dello stato di dipendenza, la rendita sarà maggiorata di un tasso pari al 3%.

L'aumento della rendita assicurata verrà di volta in volta comunicato per iscritto all'Assicurato o al Delegato se designato.

Al momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza è inoltre prevista la liquidazione, in un'unica soluzione, di un Capitale di importo pari a 5 mensilità della rendita mensile posticipata quantificata nel presente articolo.

ART. 7 DELEGATO

L'Assicurato designa – con le modalità riportate al successivo Art. 9 "Modalità assuntive" - il Delegato incaricato alla riscossione della rendita di non autosufficienza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato in Polizza o durante l'erogazione della prestazione di rendita. Le eventuali revoche devono essere comunicate a mezzo lettera raccomandata; le modifiche possono essere comunicate compilando e sottoscrivendo il "**Modulo VD**" (Variazione Delegato) - il cui fac-simile è contenuto nella Sezione 10. Le suddette comunicazioni devono pervenire alla

Società Delegataria per il tramite dell'Associazione "Antonio Pastore", del FASDAC o dell'Intermediario.

ART. 8 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, dell'Assicurato relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio da parte delle Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto di sottoscrizione, il Contraente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società Delegataria, comprensivo del domicilio laddove modificato.

ART. 9 MODALITA' ASSUNTIVE

Fermo restando che per l'Assicurato, l'attivazione della presente forma assicurativa avviene con la nomina a Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, l'adesione alla stessa si manifesta:

- per la forma "**Temporanea**" attraverso la compilazione da parte dell'Assicurato e la trasmissione al FASDAC per il tramite dell'Intermediario degli appositi moduli predisposti tra cui la scheda anagrafica contenente le generalità del Delegato alla riscossione della rendita in caso di non autosufficienza denominato "**Modulo DD"** – Designazione Delegato alla riscossione della Rendita collegata a problemi di non autosufficienza;
- per la forma "**a Vita intera**" attraverso la compilazione da parte dell'Assicurato e la trasmissione all'Associazione "Antonio Pastore" per il tramite dell'Intermediario, del "**Modulo LTC**" (Adesione alla forma "a Vita intera" della Rendita collegata a problemi di non autosufficienza) unitamente alla compilazione di un questionario medico ed alla presentazione di eventuali accertamenti dello stato di salute richiesti dalla Società Delegataria. Accertato con esito positivo lo stato di salute dell'Assicurando, la Società provvederà a sospendere l'eventuale garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" in corso.

Nei casi 1., 2., 3. e 4. previsti al punto 16 "Prosecuzione volontaria" delle "Disposizioni di carattere generale" contenute nella Sezione 1, l'Assicurato che non abbia riscattato totalmente la propria posizione aperta nella Convenzione e nel rispetto dei limiti e delle condizioni di cui al medesimo punto 16 può presentare apposita domanda di prosecuzione volontaria mediante compilazione del "**Modulo PV" (Domanda di prosecuzione volontaria**) all'Associazione "Antonio Pastore" il cui fac-simile è contenuto nella Sezione 10 entro diciotto mesi:

- dalla data di cessazione dal servizio comprensivo del periodo di preavviso;

- dal termine dell'ultimo periodo contributivo regolarmente versato dall'Azienda dalla quale dipende;
- dalla data di inizio del periodo di aspettativa non retribuita;
- dal termine dell'ultimo periodo contributivo liquidato dalla forma assicurativa danni "Assicurazione Ponte".

ART. 10 PREMIO DI ASSICURAZIONE

Relativamente alla garanzia di "**Rendita collegata a problemi di non autosufficienza**" nella forma "**Temporanea**", a fronte delle prestazioni assicurate, l'Associazione "Antonio Pastore" o il FASDAC nei termini stabiliti al punto 6. "Pagamento del premio" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1, verseranno, per ogni Assicurato che non abbia raggiunto il 70° anno di età (età assicurativa) o fino al decesso o alla data di denuncia dello stato di dipendenza dell'Assicurato se precedenti -, un premio annuo frazionato trimestralmente di importo pari a quanto indicato al punto 9 "Ripartizione dei premi" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1.

Relativamente alla garanzia di "**Rendita collegata a problemi di non autosufficienza**" nella forma "**a Vita Intera**" il premio annuo costante frazionato trimestralmente sarà dovuto dall'Assicurato fino all'80° anno di età assicurativa compreso e comunque non oltre la data di decesso o la data di denuncia dello stato di dipendenza dell'Assicurato stesso se precedenti; il premio annuo costante è determinato in base al sesso e all'età assicurativa dell'Assicurato stesso, quest'ultima calcolata alla data di decorrenza della forma assicurativa in oggetto. Nella seguente tabella vengono riportati i premi annui costanti distinti per età e sesso:

Età	Premio maschio	Premio femmina
55	1.322,32	2.378,96
56	1.385,39	2.495,81
57	1.453,61	2.622,66
58	1.527,60	2.761,10
59	1.608,37	2.912,66
60	1.696,69	3.079,30
61	1.793,36	3.263,19
62	1.899,68	3.466,30
63	2.017,33	3.691,89
64	2.148,02	3.943,28
65	2.293,72	4.224,63
66	2.456,14	4.539,69
67	2.637,46	4.892,82
68	2.841,54	5.292,01
69	3.074,09	5.746,73
70	3.342,31	6.270,25

71	3.655,68	6.881,00
72	4.027,93	7.603,99
73	4.480,52	8.478,10
74	5.045,17	9.564,88
75	5.775,36	10.964,33
76	6.770,00	12.855,73
77	8.225,35	15.611,43
78	10.602,06	20.086,78
79	15.283,55	28.830,06
80	29.172,22	54.647,73

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato per ogni Assicurato, relativo ad entrambe le forme di rendita, evidenzino uno scostamento rispetto agli effettivi e/o attesi andamenti degli eventi in copertura, misurabili direttamente sul portafoglio assicurativo o in ambito generale da altri qualificati organismi, le "Società Coassicuratrici" si riservano la facoltà di rivedere ogni cinque anni dalla stipulazione della presente Convenzione, il premio precedentemente determinato ed applicato.

ART. 11 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo dovuto per ogni Assicurato di cui al precedente Art. 10 "Premio di assicurazione" dovrà essere versato nei termini e secondo le modalità di cui al punto 5. "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" e 6. "Pagamento del premio" delle Disposizioni di carattere generale contenute nella Sezione 1.

ART. 12 DECORRENZA ED EFFICACIA DELLA GARANZIA

La garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" decorre ed entra in vigore con le limitazioni e le esclusioni di cui all'Art. 14 "Carenza" e all'Art. 19 "Rischi esclusi" – a condizione che venga corrisposto il relativo premio alle condizioni e nei termini convenuti – alla data di ingresso dell'Assicurato in Convenzione così come riportato alla lettera d. del punto 12 "Efficacia delle garanzie assicurative – Carenze" delle Disposizione di carattere generale della Convenzione contenute nella precedente Sezione 1.
La garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita Intera" decorre ed entra in vigore - a condizione che venga corrisposto il relativo premio alle condizioni e nei termini convenuti - dall'inizio del trimestre (1/1, 1/4, 1/7 e 1/10) nel quale l'Assicurato Dirigente o Prosecutore volontario ne abbia fatto richiesta. In caso di richiesta antecedente al raggiungimento del 55° anno di età assicurativa la garanzia assicurativa decorrerà dall'inizio del trimestre successivo al raggiungimento di tale età.

Limitatamente ai "Prosecutori volontari" così come definiti al punto 16 "Prosecuzione volontaria" delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione contenute nella Sezione 1 e ai "Prosecutori volontari" iscritti al solo FASDAC, la decorrenza e l'entrata in vigore della garanzia assicurativa nella forma "Temporanea" sono regolate, con le

limitazioni e le esclusioni di cui ai successivi Art. 14 “Carenza” e Art. 19 “Rischi esclusi”, alle lettere a. e b. del medesimo punto 16.

ART. 13 SOSPENSIONE DELLA COPERTURA – INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI – RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Le rate di premio di cui al precedente Art. 11 “Pagamento del premio” dovranno pervenire all’Associazione “Antonio Pastore” o al FASDAC entro le ore 24 del 70° giorno dalla scadenza della rata così come stabilito al precedente Art. 11 “Pagamento del premio”; trascorso tale termine la copertura relativa alla presente garanzia resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui sarà versato all’Associazione “Antonio Pastore” o al FASDAC tutto quanto da loro richiesto.

I prosecutori volontari all'Associazione "Antonio Pastore" hanno la facoltà di sospendere e riattivare successivamente la contribuzione secondo i termini stabiliti al punto 18. "Sospensione e riattivazione della contribuzione per i prosecutori volontari" delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione contenute nella Sezione 1.

ART. 14 CARENZA

Limitatamente alla forma di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”, nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell’Assicurato intervenga prima che siano trascorsi sei mesi:

- dalla data di ingresso
  o
- dalla data di reingresso (con interruzione della qualifica di Dirigente superiore a sei mesi)

dello stesso in Convenzione, in qualità di Dirigente, in luogo della rendita sarà corrisposto un importo pari all’ammontare dei premi versati relativi alla presente garanzia assicurativa. Tale limitazione non sarà applicata nel caso in cui la dipendenza si verifichi a seguito di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l’ingresso o il reingresso dell’”Affiliato” in Convenzione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l’ingresso o il reingresso dell’”Affiliato” in Convenzione;
- infortunio.

La medesima limitazione (carenza) verrà applicata, in relazione alla data di inizio della dipendenza, anche nel caso di prosecuzione volontaria alla forma di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea” secondo quanto stabilito al punto 17. “Carenze per i prosecutori volontari” delle Disposizioni di carattere generale della Convenzione contenute nella Sezione 1.

ART. 15 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Relativamente alla forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “Temporanea”, la durata della copertura è fissata, a condizione che vengano corrisposti i premi dovuti, dalla data di decorrenza (vedi precedente Art. 12 "Decorrenza dell'assicurazione ed efficacia della garanzia") alla scadenza annuale del premio successiva al raggiungimento del 70° anno di età dell’Assicurato (età assicurativa) sempreché prima di tale termine non sia stato denunciato e, successivamente dichiarato dalla Società Delegataria, lo stato di dipendenza dell’Assicurato stesso. In quest’ultimo caso la prestazione verrà liquidata vita natural durante o fintanto che permanga lo stato di dipendenza dell’Assicurato.

Relativamente alla forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “a Vita Intera”, la durata coincide, a condizione che siano stati corrisposti i premi dovuti fino all’80° anno di età (età assicurativa) compreso, con la vita dell’Assicurato.

ART. 16 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI DIPENDENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Verificatosi lo stato di dipendenza, l’Assicurato o chi per esso deve darne avviso, con lettera raccomandata o PEC alla Società Delegataria o al Contraente o all’Intermediario.
La data di denuncia coincide con quella risultante dal timbro postale di invio della lettera raccomandata o con la data di invio della PEC alla Società Delegataria, al Contraente, o all’Intermediario.
La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell’Assicurato come riportato al punto 13 della Sezione 10.
La Società potrà richiedere di accertare lo stato di dipendenza dell’Assicurato da un medico di sua fiducia ed eventualmente far prescrivere tutti gli esami clinici finalizzati all’accertamento stesso.
L’accertamento dello stato di dipendenza potrà svolgersi anche presso il domicilio dell’Assicurato o presso l’Ente di cura dove si trova ricoverato l’Assicurato stesso.
La rendita e il Capitale in un’unica soluzione corrispondente a cinque rate di rendita mensile saranno corrisposti se lo stato di dipendenza dell’Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell’Assicurato stesso.
Nel caso di riconoscimento dello stato di dipendenza gli eventuali premi pagati per la forma assicurativa di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” riferiti a periodi intercorrenti tra la data di denuncia e l’accertamento della stessa conclusasi con esito positivo, verranno utilizzati per la forma “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” o, nel caso in cui la posizione assicurativa dell’Assicurato non contempli quest’ultima forma, verranno rimborsati all’Assicurato.

ART. 17 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

La Società Delegataria si impegna ad accertare lo stato di dipendenza dell’Assicurato entro 180 giorni dalla data della denuncia, sempreché l’Assicurato abbia ottemperato a quanto previsto dal precedente Art. 16 “Riconoscimento dello stato di dipendenza da parte della Società”.

La Società Delegataria, in ogni caso, erogherà la rendita garantita a partire dalla terza ricorrenza mensile successiva alla data di presentazione della denuncia per il riconoscimento dello stato di dipendenza.
Alla prima scadenza di pagamento della rendita successiva al riconoscimento dello stato di dipendenza, la Società corrisponderà, oltre alla rata di rendita in scadenza:

- le rate arretrate della stessa, scadute nel periodo intercorso tra la data di denuncia dello stato di dipendenza e la terza ricorrenza mensile successiva alla presentazione della stessa;
- il Capitale corrispondente a cinque rate di rendita mensile.

Nel caso in cui la Società Delegataria entro i 180 giorni utili, accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, le rate eventualmente già erogate a favore dell'Assicurato dovranno essere restituite alla Società Delegataria che avrà altresì il diritto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia stessa.
Qualora l'Assicurato intenda insistere nella sua richiesta, potrà ricorrere alla procedura arbitrale. L'eventuale controversia sull'esistenza della perdita di autosufficienza sarà deferita ad un Collegio Arbitrale.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento dello stato di dipendenza viene equiparato al riconoscimento di tale stato. Pertanto, la Società Delegataria, sempreché ricevuta tutta la documentazione prevista dall'Art. 16 "Riconoscimento dello stato di dipendenza da parte della Società" e avendo effettuato gli accertamenti richiesti conclusisi con accertamento dello stato di dipendenza da parte del medico della Società Delegataria, paga agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato:

- le rate di rendita intercorrenti dalla data di denuncia del sinistro al decesso dell'Assicurato;
- il Capitale corrispondente a cinque rate di rendita mensile.

La rendita è pagabile mensilmente e per tutto il periodo in cui perduri lo stato di dipendenza o al massimo fino al decesso dell'Assicurato. Il pagamento viene effettuato direttamente sul conto corrente dell'Assicurato.
Durante il periodo di pagamento della rendita, se l'Assicurato esce dallo stato di dipendenza è tenuto a darne comunicazione alla Società Delegataria, tramite l'Intermediario entro il periodo di 30 giorni. Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società Delegataria del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni seguenti la data del decesso. Le eventuali rate di rendita pagate oltre tale termine saranno restituite alla Società Delegataria.

ART. 18 RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI DIPENDENZA

La Società Delegataria, a proprie spese e non più di una volta l'anno, si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di richiedere un controllo sanitario sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso un medico di propria fiducia. L'accertamento si potrà svolgere anche presso il domicilio dell'Assicurato o presso l'Ente di cura dove si trova ricoverato l'Assicurato stesso. La Società Delegataria potrà inoltre richiedere i documenti che riterrà necessari per valutare lo stato di salute dell'Assicurato ed in particolare quelli che consentano di attestare la permanenza dello stato di dipendenza.

Qualora l'accertamento evidenzi la cessazione dello stato di dipendenza, la Società Delegataria comunica all'Intermediario e all'Assicurato la sospensione del pagamento della rendita.
In tale situazione e nel caso in cui la posizione assicurativa dell'Assicurato sia ancora attiva (Dirigente in attività di servizio o Prosecutore volontario), la Società Delegataria avrà il diritto al pagamento delle rate di premio a partire dalla data di cessazione dello stato di dipendenza.

Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Società Delegataria ogni 6 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiedere tale documento in ogni momento in cui lo ritenga necessario.

L'assicurato è tenuto a fornire la documentazione medica richiesta dalla Società Delegataria o a sottoporsi ai controlli medici richiesti dalla stessa; nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti o ritardi, in modo reiterato, di sottoporsi ad un controllo o di consegnare i documenti richiesti dalla Società Delegataria, il pagamento della rendita verrà sospeso.

ART. 19 RISCHI ESCLUSI
Sono esclusi dalla garanzia i casi di dipendenza derivanti direttamente o indirettamente dalle seguenti cause:
- dolo dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione 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;
- incidenti 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.

ART. 20 RISCATTO – RIDUZIONE - PRESTITI
La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e/o riduzione del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

ART. 21 ABBUONO DI PREMIO (ARTICOLO VALIDO PER LA FORMA TEMPORANEA)
L'abbuono B da calcolare alla fine di ciascun esercizio di riferimento – intendendosi per tale il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno di validità della Convenzione - viene determinato per mezzo della seguente formula:

B = 80% * (65% * P – (Delta Riserve + Somma Rendite Ltc Pagate nell'anno))

dove:

B sta ad indicare l'abbuono di premio relativo all'esercizio di riferimento;
P sta ad indicare l'ammontare dei premi versati relativi all'esercizio di riferimento;
Delta Riserve è pari alla differenza tra la Riserva Matematica al 31/12 dell'esercizio di riferimento considerando sia le teste presenti ad inizio periodo che quelle entrate in corso d'anno e la Riserva Matematica al 1° gennaio dello stesso esercizio;

Somma Rendite Ltc Pagate nell'anno è pari alla somma delle rendite pagate nell'esercizio di riferimento; ovvero considerando sia le teste sulle quali è in corso il pagamento della rendita di non autosufficienza già al 1° gennaio dell'esercizio di riferimento, sia considerando le teste sulle quali l'erogazione di tale rendita inizia nel corso dell'esercizio di riferimento stesso.

Nel caso in cui l'Abbuono di Premio fosse positivo, lo stesso andrebbe ad incrementare il Fondo Unico; in caso contrario lo stesso andrebbe a ridurre per il medesimo importo il Fondo Unico stesso.

ART. 22 BENEFICIARI

L'Assicurato è il Beneficiario della prestazione assicurativa; il beneficio della rendita erogabile spetterà quindi all'Assicurato stesso.
In caso di riconoscimento della non autosufficienza in un momento successivo al decesso dell'Assicurato, il beneficio della prestazione assicurativa per il periodo intercorrente tra la data di denuncia dello stato di dipendenza e la data di decesso dell'Assicurato spetterà agli eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo.

ART. 23 INFORMATIVA PERIODICA

Entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, verrà trasmesso ad ogni Assicurato un Documento unico di rendicontazione annuale della singola posizione assicurativa.

ART. 24 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione del Certificato di assicurazione, emesso secondo quanto previsto al punto 15. "Certificato di assicurazione" contenuto nelle Disposizioni di carattere generale – Sezione 1, l'Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne, previa richiesta scritta, un duplicato.

ART. 25 VINCOLO

L'Assicurato può vincolare le somme derivanti dal presente Contratto.
Tale atto diventa efficacie solo quando la Società Delegataria, a seguito di comunicazione scritta inviata tramite l'Intermediario o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice che le parti interessate dovranno sottoscrivere per accettazione.

ART. 26 IMPOSTE

Le imposte presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto, sono a carico dell'Assicurato o dei Beneficiari ed aventi diritto, secondo le norme di Legge vigenti.

ART. 27 ARROTONDAMENTI

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società Delegataria farà all'Associazione "Antonio Pastore" o al FASDAC, all'Assicurato e ai Beneficiari saranno indicati con due decimali.
Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra decimale avverrà con il criterio commerciale e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 28 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, ove possibile, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 29 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX Art. 808 ter c.p.c.

Se tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 30 LEGISLAZIONE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 31 MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Parti si riservano di apportare le modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa di riferimento.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 6

Condizioni di assicurazione relative alla Polizza:

“Invalidità Permanente conseguente a Malattia”

“Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla Polizza:
“Invalidità Permanente conseguente a Malattia”;
“Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio”

Premessa

La presente Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio viene prestata in forma cumulativa in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, unitamente ad altre coperture assicurative di cui alla Convenzione “3182” stipulata tra Associazione “Antonio Pastore”, FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Generali Italia S.p.A.

Ogni singolo Assicurato detiene, nell’ambito della Convenzione “3182”, una propria posizione assicurativa costituita dall’insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. delle “Disposizioni di carattere generale” contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione stessa.

L’Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia e di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio è prestata in coassicurazione da:

- Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. – Società Delegataria
- Generali Italia S.p.A. – Società Codelegataria

per le quote in appresso indicate:

- 50% Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e 50% Generali Italia S.p.A. .

NORME PER L’ASSICURAZIONE DI “INVALIDITA’ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA” E DI “ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITA’ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO”

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETÀ COASSICURATRICI

Gli obblighi delle Società Coassicuratrici verso gli Assicurati risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione “3182” nonché dalle eventuali appendici alla Convenzione firmate dal Contraente e dalle Società Coassicuratrici stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione e dalla Convenzione “3182”, valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente della presente Polizza è l’Associazione “Antonio Pastore”, che agisce in nome proprio ma per conto degli Affiliati.

Assicurati di dette forme assicurative, nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti i Dirigenti “a contribuzione ordinaria” e “agevolata” nonché gli Ex Dirigenti “prosecutori volontari”.

Per gli Ex Dirigenti “prosecutori volontari” la copertura assicurativa è prestata indipendentemente dall’eventuale attività professionale svolta.

L’onere di pagamento dei Contributi necessari a garantire le prestazioni assicurate spetta, per ciascun Dirigente “a contribuzione ordinaria” e “agevolata”, alle Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi presso le quali gli Assicurati prestano Servizio Attivo.

Per gli ex Dirigenti “prosecutori volontari” l’onere di pagamento dei Contributi necessari per continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate spetta agli stessi.

L’Associazione “Antonio Pastore” provvederà ad esigere i Contributi previsti per le prestazioni assicurate ed a farli pervenire, per il tramite di Assidir S.r.l., Intermediario assicurativo, alla Società Delegataria.

ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA

Come ugualmente previsto per la Convenzione “3182”, la presente Polizza ha efficacia dalle ore 00 del 01/01/2025 sino alle ore 24 del 31/12/2031.

ART. 4 COPERTURE PRESTATE

Le coperture assicurative prestate con la presente Polizza sono:

a) Invalidità Permanente conseguente a Malattia, valida a favore:

a.1) dell’Assicurato Dirigente “a contribuzione ordinaria” o “agevolata”, nel caso in cui l’Invalidità Permanente si Manifesti durante il periodo contrattuale ma non oltre il 70° anno di Età assicurativa;

a.2) dell’Assicurato Ex Dirigente” prosecutore volontario”, nel caso in cui l’Invalidità Permanente si Manifesti durante il periodo contrattuale ma non oltre il 65° anno di Età assicurativa.

La somma assicurata a tale titolo è pari ad € 325.000,00 per ciascun Assicurato e l’Indennizzo spettante all’Assicurato stesso sarà stabilito in base a quanto disposto dalle condizioni che seguono. La suddetta somma assicurata deve intendersi quale importo massimo liquidabile per uno o più Sinistri relativi alla presente Convenzione Antonio Pastore 3182 e/o precedenti convenzioni che discendono da disposizioni previste dai CCNL.

b) Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale (Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66%) conseguente a Malattia o Infortunio, con la quale:

b.1) all’Assicurato colpito da Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia Manifestatasi o Infortunio occorso durante il periodo contrattuale non oltre il 60° anno di Età assicurativa si garantisce, fino al 65° anno di Età assicurativa, la prosecuzione del Piano Assicurativo;

b.2) all’Assicurato Dirigente “a contribuzione ordinaria” o “agevolata” colpito da Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia Manifestatasi o Infortunio occorso durante il periodo contrattuale oltre il 60° anno di Età assicurativa si garantisce, fino al 70° anno di Età assicurativa, la prosecuzione del Piano Assicurativo;

b.3) all’Assicurato Ex Dirigente “prosecutore volontario” colpito da Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia Manifestatasi o Infortunio occorso durante il periodo contrattuale oltre il 60° e fino al 65° anno di Età assicurativa si garantisce, fino al 70° anno di Età assicurativa, la prosecuzione del Piano Assicurativo.

Per i Dirigenti “a contribuzione agevolata” la prosecuzione del Piano Assicurativo relativamente alla forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale” avverrà sulla base della contribuzione prevista per i Dirigenti “a contribuzione ordinaria”.

ART. 5 EFFETTO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno effetto:

a) relativamente all’Assicurazione di Invalidità Permanente conseguente a Malattia, dalla data di ingresso dell’Assicurato nella Convenzione “3182”.

   Se la Malattia che determina l’Invalidità Permanente si Manifesta nei primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente dell’Assicurato o nei primi sei mesi dalla data di reingresso dell’Assicurato stesso nella Convenzione “3182”, le somme eventualmente dovute, sia a titolo provvisorio che definitivo, saranno liquidate al cinquanta per cento e comunque non potranno mai essere inferiori alle somme che si sarebbero liquidate nel caso in cui la Malattia si fosse Manifestata in un periodo precedente alla data di nomina a Dirigente o di reingresso nella Convenzione “3182”;

b) relativamente all’Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio, dalla data di ingresso dell’Assicurato nella Convenzione “3182”, sempre che questi abbia maturato, con l’incarico di Dirigente, un’anzianità di servizio di almeno sei mesi e tale incarico non sia stato interrotto per un periodo superiore a sei mesi.

   Tale limite temporale non sarà applicato nel caso in cui l’Invalidità Permanente Totale si verifichi a seguito di:

   b.1) una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l’ingresso o il reingresso dell’Assicurato in Convenzione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b.2) shock anafilattico sopravvenuto dopo l'ingresso o il reingresso dell'Assicurato in Convenzione;

b.3) Infortunio.

ART. 6 ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

a) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
b) uso e guida di mezzi subacquei ed aerei;
c) guida di mezzi di locomozione in stato di ubriachezza;
d) pratica, anche a titolo dilettantistico, di sport aerei in genere (compreso l'uso di deltaplani o ultraleggeri), paracadutismo, salto dal trampolino con gli sci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta;
e) partecipazione a competizioni sportive a carattere professionale di qualsiasi sport;
f) conseguenze dovute ad abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
g) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volutamente compiuti o consentiti;
h) Malattie Mentali, ad eccezione di Malattie neurologiche degenerative quali ad esempio Malattie demielinizzanti, Morbo di Parkinson, Malattia di Alzheimer ecc.
i) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, o di accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
j) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

ART. 7 ABBUONO DI PREMIO

L'abbuono "B" da calcolare alla fine di ciascun esercizio di riferimento relativamente alle coperture Invalidità Permanente conseguente a Malattia ed Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia o Infortunio, viene determinato per mezzo della seguente formula:

B = 0,9 * (0,65 * P – S) (risultato della garanzia)

dove:

P sta ad indicare l'ammontare dei Premi versati relativi all'esercizio di riferimento;
S sta ad indicare la somma pagata e/o riservata dalla Società Delegataria per i Sinistri verificatisi in detto esercizio, comprensiva di "IBNR" (sinistri avvenuti ma non ancora denunciati);

per “esercizio di riferimento” si intende il periodo che va dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

L'abbuono di Premio di segno positivo incrementa il Fondo Unico; l'abbuono di Premio di segno negativo riduce il Fondo Unico stesso (vedi punto 19 “Fondo Unico” contenuto nelle “Disposizioni di carattere generale” – Sezione 1).

ART. 8 REVISIONE TECNICA DEL PREMIO

Nel caso in cui l’abbuono di Premio di cui all’Art. 7 che precede risultasse di segno negativo, il Premio da corrispondere per l’annualità successiva all’”esercizio di riferimento” potrà essere adeguato al presumibile punto di equilibrio delle relative coperture, con le modalità da concordare tra il Contraente e le Società Coassicuratrici, per il tramite dell’Intermediario.

ART. 9 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C.

Se tra l’Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell’Ordine dei Medici della città dove ha sede l’istituto di medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Il collegio medico arbitrale, se lo ritiene opportuno, può rinviare l’accertamento definitivo dell’invalidità totale permanente a epoca da definirsi dal collegio. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale

ART. 10 PROVA

È a carico di chi domanda l’Indennizzo l’onere di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di Polizza.

ART. 11 TASSE E IMPOSTE

Tasse ed imposte relative alla presente Polizza sono a carico degli Assicurati.

ART. 12 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

L'Assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a Malattia Manifestatasi successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione stessa ma non oltre il 70° anno di Età assicurativa dell'Assicurato – salvo per l'Ex Dirigente "prosecutore volontario" per il quale tale limite è il 65° anno di Età assicurativa – e denunciata nei termini di cui all'Art. 16 "Denuncia del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia e obblighi successivi" che segue.

ART. 14 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di Malattia che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado non inferiore al 25%, la Società Delegataria liquida un Indennizzo, calcolato sulla somma assicurata, secondo le disposizioni contenute nella presente Polizza e le percentuali previste dalla seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente da liquidare
25	5
26	6
27	8
28	10
29	13
30	17
31	20
32	24
33	27
34	31
dal 35 al 50	dal 35 al 50
51	54

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente da liquidare
52	57
53	60
54	63
55	66
56	69
57	72
58	75
59	78
60	81
61	84
62	87
63	90
64	93
65	96
dal 66 al 100	100

La percentuale di Invalidità Permanente è accertata non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa data.

Nel caso in cui sia stato liquidato o sia in corso di liquidazione un Indennizzo in base alla presente Convenzione Antonio Pastore "3182" e/o precedenti convenzioni che discendono da disposizioni previste dai CCNL, la liquidazione per le Malattie Manifestatesi successivamente alla data di nomina a Dirigente dell'Assicurato verrà effettuata in base al seguente criterio:

a) si determina la percentuale di Invalidità Permanente da liquidare in funzione della residua capacità all'esercizio della professione per il Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata" o della generica attività lavorativa per l'Ex Dirigente "prosecutore volontario";
b) si detraggono da tale percentuale le precedenti percentuali liquidate in base alla presente e/o precedenti convenzioni che discendono da disposizioni previste dai CCNL;
c) in deroga all'Art. 17 "Criteri e termini di liquidazione provvisoria e definitiva", sarà pagato in un'unica soluzione l'importo pari alla percentuale ottenuta alla precedente lett. b), applicata alla somma assicurata.

ART. 15 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA PREESISTENTE – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Se dagli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società Delegataria, a seguito di una denuncia di Malattia presentata dall'Assicurato, emerga che la stessa è una Malattia Preesistente, ovvero l'espressione o conseguenza diretta di una situazione patologica preesistente alla data di prima nomina a Dirigente o relativa ad un periodo in cui l'Assicurato aveva perso temporaneamente la qualifica di Dirigente e/o non aveva diritto alla garanzia di Polizza, l'Indennizzo sarà corrisposto in base alle percentuali previste dalla seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente da liquidare
34	2
35	6
36	7
37	8
38	9
39	10
40	11
41	12
42	13
43	14
44	15
45	16
46	17
47	18
48	19
49	20
50	21

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente da liquidare
51	25
52	28
53	31
54	34
55	37
56	40
57	43
58	46
59	49
60	52
61	55
62	58
63	61
64	64
65	67
dal 66 al 100	71

La percentuale di Invalidità Permanente è accertata non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa data.

ART. 16 DENUNCIA DEL SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA E OBBLIGHI SUCCESSIVI

In caso di Sinistro Invalidità Permanente da Malattia l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso, corredato dalla documentazione in seguito indicata, con lettera raccomandata, PEC o altra forma documentabile all'Intermediario o alla Società Delegataria entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa determinare un'Invalidità Permanente indennizzabile a termini di Polizza.

Sono fatti salvi i diritti dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 2952, secondo comma, Codice Civile, in ordine ai termini di prescrizione.

In particolare l'Assicurato, o altra persona in sua vece, deve:

a) inviare la richiesta di Indennizzo, redatta e sottoscritta;

b) inviare recente documentazione sanitaria e/o parere medico dai quali emerga che la patologia oggetto della denuncia possa determinare un'Invalidità Permanente;

c) inviare gli aggiornamenti relativi al decorso della Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;

d) inviare ogni documentazione sanitaria che la Società Delegataria dovesse richiedere per l'istruzione e la valutazione della Malattia denunciata;

e) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società Delegataria e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato.

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi di "Assidir S.r.l." nella sua qualità di Intermediario, previo controllo di tutta la documentazione raccolta provvederà, se non già fatto dall'Assicurato, ad inviare la stessa alla Società Delegataria.

L'inadempimento degli obblighi suindicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 17 CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PROVVISORIA E DEFINITIVA

Accertato il diritto all'Indennizzo e determinato il grado di Invalidità Permanente con le modalità previste in Polizza, la Società Delegataria liquida l'Indennizzo che risulti dovuto secondo i seguenti criteri:

a) nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata, rilevata non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa data, sia di grado pari o superiore alla percentuale da liquidare, la Società Delegataria liquida l'Indennizzo in via definitiva;

b) nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata, rilevata non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa, sia di grado inferiore alla percentuale da liquidare, la Società Delegataria liquiderà l'Indennizzo in via provvisoria calcolato in base alla sola risultanza della percentuale di Invalidità Permanente accertata. Decorso un anno da tale liquidazione provvisoria, si procederà ad una nuova valutazione del grado di Invalidità Permanente e di conseguenza:

   b.1) se la percentuale da liquidare sarà di grado inferiore od uguale alla percentuale di Invalidità Permanente accertata nella precedente visita e conseguentemente liquidata in via provvisoria, non si procederà ad alcuna

ulteriore liquidazione e l'Indennizzo precedentemente corrisposto sarà considerato liquidazione definitiva;

b.2) se la percentuale da liquidare sarà di grado superiore alla percentuale di Invalidità Permanente accertata nella precedente visita e conseguentemente liquidata in via provvisoria, si procederà ad un'ulteriore liquidazione, da considerarsi definitiva, integrando quanto precedentemente percepito dall'Assicurato con la differenza tra la percentuale da liquidare e la percentuale accertata nella precedente visita.

In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di tempo intercorrente tra la liquidazione provvisoria e la successiva nuova valutazione del grado di Invalidità Permanente, verrà corrisposta agli eredi o aventi causa dell'Assicurato l'Indennizzo corrispondente all'eventuale differenza tra la percentuale di Invalidità Permanente da liquidare rilevata in sede di prima valutazione e la percentuale di Invalidità Permanente accertata liquidata in via provvisoria.

ART. 18 LIQUIDAZIONE A SEGUITO DI DENUNCIA DI MALATTIA

Fermo restando quanto previsto agli articoli che precedono, l'Assicurato o chi per esso, in caso di Malattia comportante un'Invalidità Permanente Totale (Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66%) comprovata da validi documenti ed idonea certificazione medica, potrà richiedere una liquidazione a seguito di denuncia di Malattia per un importo di € 75.000,00.

La liquidazione di tale importo è effettuata anche prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della Malattia, periodo dopo il quale si procederà all'accertamento della percentuale di Invalidità Permanente definitiva.

La liquidazione a seguito di denuncia non può essere invocata in alcun modo come presupposto per una successiva ulteriore liquidazione.

Trascorso un anno dalla data di ricezione della denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa data si procederà all'accertamento della percentuale di Invalidità Permanente, detraendo la liquidazione di € 75.000,00 dalle somme eventualmente spettanti all'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato, a causa della Malattia denunciata, prima che sia decorso un anno dalla data di ricezione della denuncia da parte della Società Delegataria, l'anzidetto importo di € 75.000,00 è considerato quale liquidazione definitiva, senza che ciò costituisca presupposto per il riconoscimento, secondo le norme della successione testamentaria o legittima, delle indennità previste dall'Art. 19 "Diritto all'Indennizzo".

Quanto previsto nel presente articolo non può essere applicato alle denunce di Malattia inoltrate dal Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata" o dall'Ex Dirigente "Prosecutore volontario" nei primi sei mesi dalla data di nomina a Dirigente e nei primi sei mesi da una nuova nomina che segua un'interruzione dell'incarico superiore a sei mesi.

ART. 19 DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non trasferibile.

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato a causa della Malattia denunciata, dopo che l'Invalidità Permanente sia stata accertata da un medico fiduciario della Società Delegataria a mezzo visita medica non prima che sia decorso un anno dalla data di

ricezione della denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa data, la Società Delegataria pagherà agli eredi o aventi causa dell'Assicurato, in via definitiva, l'importo calcolato sulla base di detto accertamento, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per cause diverse dalla Malattia denunciata e prima che l'Invalidità Permanente sia stata accertata da un medico fiduciario della Società Delegataria a mezzo visita medica, la Società Delegataria liquiderà agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa in base all'Art. 16 "Denuncia del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia e obblighi successivi".

Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:

a) la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;
b) l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia generante lo stato di Invalidità Permanente (ad esempio decesso dell'Assicurato a causa di incidente stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società Delegataria, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia sull'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società Delegataria e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno opportuno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato in vita l'Assicurato.

ART. 20 INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA – LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società Delegataria liquida l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro i 30 giorni successivi.

L'Indennizzo sarà corrisposto in Euro.

ART. 21 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO

L'Assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia Manifestatasi o Infortunio occorso successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione:

a) non oltre il 60° anno di Età assicurativa dell'Assicurato (con prestazione fino al 65° anno di Età assicurativa);
b) oltre il 60° e fino al 70° anno di Età assicurativa del Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata" (con prestazione fino al 70° anno di Età assicurativa);
c) oltre il 60° e fino al 65° anno di Età assicurativa dell'Assicurato Ex Dirigente "prosecutore volontario" (con prestazione fino al 70° anno di Età assicurativa)

e sempreché l'Assicurato non abbia più la qualifica di Dirigente.

Al verificarsi di entrambe le condizioni sopra descritte (Invalidità Permanente Totale e perdita della qualifica di Dirigente), la Società Delegataria liquida al Beneficiario un importo pari alla somma dei Premi necessari a garantire all'Assicurato il completamento del suo Piano Assicurativo.

La prestazione decorre:

1) dalla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato Dirigente "a contribuzione ordinaria" o "agevolata";
2) dalla data di accertamento dell'Invalidità Permanente Totale per l'Ex Dirigente "prosecutore volontario".

L'Invalidità Permanente Totale conseguente a Malattia è accertata, non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e non oltre 15 mesi dalla stessa, con i criteri previsti nella presente Sezione n. 6.

La valutazione dell'Invalidità Permanente Totale da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali di cui all'allegato 1 al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. n.1124 del 30/06/1965.

ART. 22 ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società Delegataria corrisponde l'Indennizzo per l'Assicurazione di Esonero pagamento Premi in caso di Invalidità Permanente Totale anche se dagli accertamenti e controlli medici emerga che la Malattia denunciata è una Malattia Preesistente.

Pertanto, se antecedentemente alla manifestazione della Malattia, o anche al verificarsi dell'Infortunio, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano e se a causa della sopraggiunta Malattia o Infortunio occorso l'Assicurato abbia perso totalmente la capacità all'esercizio della professione di Dirigente o la generica attività lavorativa per l'Ex Dirigente "Prosecutore Volontario", verrà riconosciuta all'Assicurato l'Invalidità Permanente Totale.

ART. 23 ASSICURAZIONE ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Malattia, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso secondo le modalità previste all' Art. 16 "Denuncia del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia e obblighi successivi".

In caso di Infortunio, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso con lettera raccomandata, PEC o altra forma documentabile all'Intermediario o alla Società Delegataria entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'Infortunio stesso, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa determinare un'Invalidità Permanente indennizzabile a termini di Polizza.

La denuncia dell'Infortunio, sottoscritta dall'Assicurato, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato deve consentire alla Società Delegataria le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società Delegataria e a fornire tutta la documentazione sanitaria sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi di "Assidir S.r.l." nella sua qualità di Intermediario, previo controllo di tutta la documentazione raccolta provvederà, se non già fatto dall'Assicurato, ad inviare la stessa alla Società Delegataria.

L'inadempimento degli obblighi suindicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 24 ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO – LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione, accertata l'Invalidità Permanente Totale e la perdita della qualifica di Dirigente, la Società Delegataria effettuerà, previo benestare del Beneficiario, la liquidazione a CNP Vita Assicura S.p.A. (Impresa assicuratrice che presta le garanzie previste dal Piano Assicurativo), entro 30 giorni dalla data in cui viene concordato, tra le parti interessate, l'Indennizzo.

Il Piano Assicurativo è garantito in forma completa:

1. agli Ex Dirigenti "a contribuzione ordinaria" o "agevolata";
2. agli Ex Dirigenti "prosecutori volontari" la cui domanda di prosecuzione volontaria sia stata accolta dopo la denuncia di Sinistro e tale accoglimento sia avvenuto prima del riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale.

Per gli Ex Dirigenti "prosecutori volontari" che non ricadono nella fattispecie di cui al suddetto punto 2., il Piano Assicurativo sarà garantito in funzione all'entità e tipologia di contribuzione scelta a suo tempo dall'Assicurato.

L'Indennizzo così liquidato non potrà in alcun caso considerarsi provvisorio e sarà considerato liquidazione definitiva.

La forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" sarà prestata nell'ambito del Piano Assicurativo sopra citato e non dal FASDAC anche se l'Assicurato risulti prosecutore volontario al FASDAC stesso.

ART. 25 RECLAMI

Nel sito internet della Società Delegataria www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, sono presenti: le informazioni utili per la presentazione degli stessi; il modello che può essere utilizzato per la formulazione del reclamo e la possibilità, in caso di mancato o parziale accoglimento, di rivolgersi all'IVASS o attivare sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie e le relative modalità.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Eventuali reclami possono essere presentati in prima battuta alla Società Delegataria, per iscritto con una delle seguenti modalità:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

- compila il form online;
- invia una e-mail a: reclami@intesasanpaoloprotezione.com
- invia una e-mail certificata (PEC) a: reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com
- invia una lettera a:

  Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

  Gestione Reclami e Qualità del servizio

  Via S. Francesco d'Assisi, 10

  10122 Torino

Sarà cura della Società Delegataria comunicare gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

Nel caso in cui la Società Delegataria non abbia fornito risposta nel termine indicato, oppure il reclamo non sia stato accolto o la risposta della Società Delegataria sia ritenuta incompleta o scorretta, sarà possibile presentare reclamo all'IVASS. Il reclamante potrà rivolgersi direttamente all'IVASS nel caso di eventuali reclami non riguardanti il Contratto di Assicurazione o la gestione dei Sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, nonché delle relative norme di attuazione.

Il nuovo reclamo dovrà contenere i seguenti elementi essenziali:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato alla Società Delegataria e dell'eventuale riscontro della stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze;

e dovrà essere trasmesso a:

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353
e-mail: ivass@pec.ivass.it

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di 45 giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

Sarà cura dell'IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunicare al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro il termine di 90 giorni dall'acquisizione degli eventuali elementi mancanti.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 7

Condizioni di assicurazione relative alla Polizza “Assicurazione Ponte” contro il rischio della Perdita d’Impiego

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla Polizza “Assicurazione Ponte” contro il rischio della Perdita d’Impiego

Premessa

La presente “Assicurazione Ponte” per la copertura del rischio della Perdita d’Impiego viene prestata in forma cumulativa in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, unitamente ad altre coperture assicurative di cui alla Convenzione “3182” stipulata tra Associazione “Antonio Pastore”, FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Generali Italia S.p.A.

Ogni singolo Assicurato detiene, nell’ambito della Convenzione “3182”, una propria posizione assicurativa costituita dall’insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. delle “Disposizioni di carattere generale” contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione stessa.

L’”Assicurazione Ponte” è prestata da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

NORME PER L’”ASSICURAZIONE PONTE” CONTRO IL RISCHIO DELLA PERDITA D’IMPIEGO

ART. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società verso gli Assicurati risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione “3182” nonché dalle eventuali appendici alla Convenzione firmate dalla Società stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione e dalla Convenzione “3182”, valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente della presente Polizza è l’Associazione “Antonio Pastore”, che agisce in nome proprio ma per conto degli Affiliati.

Assicurati di dette forme assicurative, nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti i Dirigenti “a contribuzione ordinaria” e “agevolata”.

L’onere di pagamento dei Contributi necessari a garantire le prestazioni assicurate spetta, per ciascun Dirigente “a contribuzione ordinaria” e “agevolata”, alle Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi presso le quali gli Assicurati prestano Servizio Attivo.

Per i Dirigenti attivi “prosecutori volontari” l’onere di pagamento dei Contributi necessari per continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate spetta agli stessi.

L’Associazione “Antonio Pastore” provvederà ad esigere i Contributi previsti per le prestazioni assicurate ed a farli pervenire, per il tramite di Assidir S.r.l., Intermediario assicurativo, alla Società.

ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA

Come ugualmente previsto per la Convenzione 3182, la presente Polizza ha efficacia dalle ore 00 del 01/01/2025 sino alle ore 24 del 31/12/2031.

ART. 4 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente Assicurazione vale per la Perdita d'Impiego dell'Assicurato derivante da:

a) recesso, a carattere individuale e collettivo, esercitato e comunicato dal Datore di Lavoro successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione;
b) dimissioni, per giusta causa, presentate dall'Assicurato al Datore di Lavoro successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione.

L'assicurazione è operante per gli Assicurati che non abbiano superato i 70 anni di Età assicurativa.

La copertura assicurativa è valida anche per gli Assicurati cittadini di paesi non aderenti all'Unione Europea, purché dispongano, al momento della Perdita d'Impiego, di un "Permesso di soggiorno" non scaduto.

L'Assicurazione decorre dalla data di ingresso dell'Assicurato nella Convenzione Antonio Pastore "3182", sempre che questi abbia maturato un'anzianità di servizio con l'incarico di Dirigente pari o superiore a sei mesi continuativi immediatamente precedenti:

I. la data del recesso esercitato dal Datore di Lavoro, ossia la data in cui l'Assicurato ha ricevuto la comunicazione del licenziamento;

   oppure:

II. la data di presentazione al Datore di Lavoro, da parte dell'Assicurato, delle dimissioni per giusta causa.

ART. 5 PERDITA D'IMPIEGO

La Società si obbliga a corrispondere, direttamente agli Enti, i contributi previsti all'Art. 6 "Prestazione assicurata e periodo di Indennizzo", in nome e per conto dell'Assicurato che abbia perso l'impiego a seguito di:

a) licenziamento, tassativamente comunicato dal Datore di Lavoro adducendo giustificati motivi oggettivi ed impugnato dall'Assicurato, anche solo in via stragiudiziale;
b) licenziamento a seguito di rifiuto di trasferimento impugnato dall'Assicurato, anche solo in via stragiudiziale;
c) licenziamento dovuto a fallimento o cessazione dell'attività dell'Azienda presso cui l'Assicurato presta servizio attivo;
d) licenziamento a seguito di superamento del Periodo di Comporto indipendentemente dai motivi di salute che l'hanno generato;
e) dimissioni dell'Assicurato per giusta causa;

identificando tali contributi quale perdita pecuniaria indiretta subita a seguito della Perdita d'Impiego.

Il pagamento dei contributi da parte della Società durante il periodo di non occupazione dell'Assicurato nella qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi, viene effettuato per mantenere o riattivare le prestazioni previdenziali, assistenziali e formative garantite dagli Enti a favore dell'Assicurato stesso.

La garanzia si intende operante anche se la Perdita d'Impiego matura oltre il periodo di validità dell'Assicurazione purché, nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione:

i) il Datore di Lavoro abbia comunicato all'Assicurato il recesso, a carattere individuale o collettivo
oppure
ii) l'Assicurato abbia presentato al Datore di Lavoro le dimissioni per giusta causa.

A parziale deroga di quanto previsto al punto 13 "Sospensione della copertura" contenuto nelle "Disposizioni di carattere generale" – Sezione 1 della Convenzione Antonio Pastore "3182", la garanzia opera oltre il 70° giorno dalla scadenza della corrispondente rata di Premio, anche se il Contraente non riceve tale rata dal Datore di Lavoro, esclusivamente al verificarsi di uno dei seguenti fatti, prima o nei successivi 6 mesi dalla comunicazione del licenziamento o delle dimissioni per giusta causa:

1) deposito della sentenza di fallimento dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
2) deposito del provvedimento ex art. 163 L.F. di ammissione alla procedura per concordato preventivo dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
3) emanazione del decreto di ammissione alla procedura di "amministrazione straordinaria per aziende in crisi" dell'azienda per la quale l'Assicurato prestava servizio.

ART. 6 PRESTAZIONE ASSICURATA E PERIODO DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà, per ogni Sinistro, un importo pari ai contributi dovuti agli Enti per un periodo massimo di dodici mesi dalla data di Perdita d'Impiego.

Resta inteso che la sommatoria:

a) del periodo di erogazione della prestazione assicurativa,
b) del Periodo di Preavviso – riconosciuto dal Datore di Lavoro o spettante all'Assicurato ai sensi dei CCNL – o di corresponsione della relativa indennità sostitutiva,

non potrà superare i diciotto mesi.

Per il solo caso di Dimissioni per Giusta Causa, nel calcolo della sommatoria di cui sopra sarà sempre conteggiata l'Indennità Sostitutiva del Preavviso, quantificata secondo quanto previsto dagli articoli dei CCNL regolanti le Dimissioni per Giusta Causa, con esclusione di eventuali maggiorazioni supplementari.

La copertura è prestata fino al massimale di € 19.020,00, da intendersi quale massimo Indennizzo per l'intero periodo assicurato.

Se l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione assicurata, dovesse:

i) ricollocarsi con la qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi,

oppure

ii) maturare i requisiti per essere posto in quiescenza,

la Società pagherà l'indennizzo per il solo periodo dalla Perdita d'Impiego fino al giorno precedente il ricollocamento o la maturazione dei requisiti per essere posto in quiescenza.

L'Assicurato dovrà dare avviso quanto prima all'Intermediario od alla Società, a mezzo raccomandata A.R., dei casi di cui ai punti i) o ii).

L'importo da corrispondere sarà conteggiato in 360mi di anno e liquidato agli Enti in trimestralità posticipate o frazioni di queste secondo la priorità di seguito indicata:

1) FASDAC;
2) FONDO MARIO NEGRI;
3) CFMT;
4) ASSOCIAZIONE ANTONIO PASTORE.

Qualora rinnovi dei CCNL o altri accordi sindacali prevedano aumenti dei contributi agli Enti a favore dei Dirigenti, la somma assicurata potrà aumentare fino ad un massimo del 3% (tre per cento), fermo restando il Premio corrisposto.

La liquidazione del Sinistro avverrà, fino ad esaurimento del massimale assicurato, secondo la priorità sopra riportata.

L'indennizzo a carico della Società integra, e non sostituisce, le obbligazioni e le prestazioni, di qualsiasi natura che, in caso di Perdita d'Impiego dell'Assicurato, restano a carico del Datore di Lavoro verso enti pubblici e privati.

Ogni comunicazione tra la Società e gli Enti e viceversa, intercorre esclusivamente tramite l'Intermediario.

ART. 7 MANCATO PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI DI PREAVVISO O INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL PREAVVISO SPETTANTI DOVUTI DAL DATORE DI LAVORO

La prestazione assicurata decorre dal giorno successivo alla Perdita di Impiego esclusivamente nel caso in cui:

a) il Datore di Lavoro non effettui il pagamento dei contributi relativi al Periodo di Preavviso o di Indennità Sostitutiva del Preavviso dovuti all'Assicurato ai sensi dei CCNL;
b) il predetto inadempimento del Datore di Lavoro precluda all'Assicurato di beneficiare delle prestazioni dovute dagli Enti.

In tal caso l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione all'Intermediario od alla Società ed a fare espressa richiesta della prestazione assicurata.

Resta fermo quanto stabilito all'Art. 6 "Prestazione assicurata e periodo di Indennizzo".

ART. 8 ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Sono esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi di risoluzione del rapporto di lavoro:

a) dimissioni non motivate da giusta causa;
b) dimissioni concordate e/o incentivate, anche con l'utilizzo di ammortizzatori costituiti da fondi aziendali o fondi pubblici;
c) conciliazioni con l'erogazione di somme diverse da quelle maturate durante il Servizio Attivo o da quelle corrisposte a titolo di risarcimento;
d) revoche del licenziamento;
e) licenziamento dopo che l'Assicurato abbia raggiunto l'età di quiescenza o abbia raggiunto i requisiti per essere posto in quiescenza, ovvero in caso di prepensionamento dell'Assicurato;
f) cessazione per raggiungimento dell'età prevista per il diritto al pensionamento pubblico di vecchiaia dell'Assicurato;
g) licenziamento per giusta causa;

h) licenziamento comminato da parte di fratelli, coniugi, conviventi more uxorio, contraenti di unione civile ai sensi della legge 76/2016, ascendenti e discendenti dell'Assicurato;

i) ove il licenziamento sia comminato da una società, per gli Assicurati che si trovino in uno dei rapporti indicati alla lett. h) con i rappresentanti legali, amministratori delegati o direttori muniti di appositi poteri della società che commina il licenziamento;

j) licenziamento qualora l'Assicurato ricopra contemporaneamente anche la carica di Consigliere di Amministrazione o sia proprietario o usufruttuario di una quota superiore al 10% dell'azienda Datore di Lavoro e tali qualifiche siano mantenute nei 180 giorni successivi alla Perdita d'Impiego. L'esclusione non si applica qualora nel suddetto periodo il Datore di Lavoro sia sottoposto dall'autorità giudiziaria ad una qualsiasi procedura concorsuale.

Non si considera Perdita d'Impiego e pertanto non si considerano eventi in garanzia:

1) l'aspettativa;
2) la sospensione temporanea dal Servizio Attivo;
3) qualsiasi forma di congedo temporaneo;
4) la variazione senza soluzione di continuità o per passaggio diretto, del Datore di Lavoro derivante da:
   - 4.1) trasferimento di azienda di cui all'Art. 2112 C.C.;
   - 4.2) cessione e/o trasferimento di ramo d'azienda;
   - 4.3) scissione, fusione o incorporazione d'azienda;
   - 4.3) trasferimento tra aziende controllanti / controllate o collegate di cui all'Art. 2359 C.C.;
   - 4.5) cessione o subentro in appalto o sub-appalto;
5) la cessazione del rapporto di lavoro durante il periodo di prova;
6) la cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato, quando giunto alla sua naturale scadenza.

ART. 9 DENUNCIA DELLA PERDITA D'IMPIEGO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve farne denuncia per iscritto all'Intermediario o alla Società nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 60 giorni dalla data effettiva della Perdita d'Impiego.

La denuncia, come descritto al punto 14 della Sezione 10 deve essere effettuata utilizzando l'apposito "modulo di denuncia sinistro", debitamente compilato.

L’Assicurato dovrà inoltre produrre la seguente documentazione:

a) per gli eventi di cui alle lett. a), c), d) dell’Art. 5 “Perdita d’Impiego”:
   a.1) lettera di licenziamento ricevuta dall’Assicurato contenente motivazione specifica;

b) per gli eventi di cui alla lett. b) dell’Art. 5 “Perdita d’Impiego”:
   b.1) lettera di trasferimento, risposta di mancata accettazione da parte dell’Assicurato e successiva lettera di licenziamento;

c) per gli eventi di cui alle lett. a), b) dell’Art. 5 “Perdita d’Impiego”:
   c.1) atto formale di impugnazione del licenziamento;

d) per gli eventi di cui alla lett. e) dell’Art. 5 “Perdita d’Impiego”:
   d.1) lettera di dimissioni, formalmente allegata e specificata, regolarmente ricevuta dall’azienda presso la quale l’Assicurato ha prestato servizio;
   d.2) eventuale provvedimento del Collegio Arbitrale previsto dagli articoli dei CCNL regolanti le dimissioni per giusta causa.

Oltre a quanto sopra indicato, per tutti gli eventi di cui all’Art. 5) – Perdita d’Impiego è necessaria la presentazione della seguente documentazione:

1) lettera di assunzione e lettera di nomina dell’Assicurato a Dirigente, se successiva all’assunzione;
2) nel caso in cui non sia stato esperito il tentativo di conciliazione, dichiarazione dell’Assicurato attestante l’assenza di accordi, transazioni o conciliazioni relativi al licenziamento;
3) nel caso in cui sia stato esperito il tentativo di conciliazione, copia del verbale di accordo, transazione o conciliazione relativo al licenziamento;
4) modulo di denuncia Sinistro, compilato e sottoscritto;
5) copia di un documento di identità dell’Assicurato o altro documento attestante la data di nascita;
6) autocertificazione redatta dall’Assicurato attestante lo stato di non occupazione nella qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi; successive autocertificazioni dovranno essere presentate trimestralmente a partire dalla data di erogazione della prestazione assicurata e per tutta la sua durata;
7) copia del permesso di soggiorno in caso di Assicurato extracomunitario;
8) consenso al trattamento dei dati personali ex D.lgs. 196/2003;
9) formale impegno dell’Assicurato:
   9.1) a collaborare per consentire alla Società di svolgere, anche tramite persone di fiducia della Società stessa, le indagini e gli accertamenti necessari;
   9.2) a comunicare alla Società eventuali sentenze, accordi o transazioni relativi al licenziamento o alle Dimissioni per Giusta Causa, intervenuti in ogni tempo rispetto alla presentazione della documentazione prevista dal presente articolo.

10) ove venisse richiesto dal Fondo Mario Negri, modulo per la prosecuzione volontaria al Fondo Mario Negri stesso.

Per quanto previsto ai punti 1), 2) e 3) dell'Art. 5 "Perdita d'Impiego", l'Assicurato dovrà produrre documentazione attestante la data dei seguenti eventi:

i) deposito della sentenza di fallimento dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
ii) deposito del provvedimento ex art. 163 L.F. di ammissione alla procedura per concordato preventivo dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
iii) emanazione del decreto di ammissione alla procedura di "amministrazione straordinaria per aziende in crisi" dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio.

È fatto obbligo all'Assicurato di comunicare tempestivamente la cessazione del periodo di non occupazione.

L' Intermediario, riceve la relativa denuncia e provvede ad inviare la stessa a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. per l'istruzione del Sinistro.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 10 LIQUIDAZIONE

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Società liquida l'Indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento a favore degli Enti entro 30 giorni dalla ricezione da parte della Società di tutta la documentazione prevista, dandone formale comunicazione all'Assicurato.

ART. 11 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi dannosi relativi alla stessa garanzia assicurativa per il medesimo Assicurato se, dal termine dell'ultimo periodo contributivo liquidato a seguito di Sinistro, l'Assicurato stesso non abbia maturato ulteriori 6 mesi di anzianità nella qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi.

ART. 12 ABBUONO DI PREMIO

L'abbuono B da calcolare alla fine di ciascun esercizio di riferimento relativamente alla presente copertura "Ponte" viene determinato per mezzo della seguente formula:

B = 0,9 * (0,65 * P – S) (risultato della garanzia)

dove:

P sta ad indicare l'ammontare dei Premi versati relativi all'esercizio di riferimento;

S sta ad indicare la somma pagata e/o riservata dalla Società per i sinistri verificatisi in detto esercizio, comprensiva di "IBNR" (sinistri avvenuti ma non ancora denunciati);

per "esercizio di riferimento" si intende il periodo che va dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno.

L'abbuono di Premio di segno positivo incrementa il Fondo Unico (vedi punto 19 "Fondo Unico" delle "Disposizioni di carattere generale" contenute nella Sezione 1); l'abbuono di Premio di segno negativo riduce il Fondo Unico stesso.

ART. 13 REVISIONE TECNICA DEL PREMIO

Nel caso in cui l'abbuono di Premio di cui all'Art. 12 "Abbuono di Premio" risultasse di segno negativo, il Premio da corrispondere per l'annualità successiva all'"esercizio di riferimento" potrà essere adeguato al presumibile punto di equilibrio delle relative coperture, con le modalità da concordare tra il Contraente e la Società, per il tramite dell'Intermediario.

ART. 14 PROVA

È a carico di chi domanda l'Indennizzo, l'onere di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di Polizza.

ART. 15 TASSE E IMPOSTE

Tasse e imposte relative alla presente Polizza sono a carico degli Assicurati.

ART. 16 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 17 RECLAMI

Nel sito internet della Società www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, sono presenti: le informazioni utili per la presentazione degli stessi; il modello che può essere utilizzato per la formulazione del reclamo e la possibilità, in caso di mancato o parziale accoglimento, di rivolgersi all'IVASS o attivare sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie e le relative modalità.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Eventuali reclami possono essere presentati in prima battuta alla Società, per iscritto con una delle seguenti modalità:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

- compila il form online;
- invia una e-mail a: reclami@intesasanpaoloprotezione.com
- invia una e-mail certificata (PEC) a: reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com
- invia una lettera a:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
Gestione Reclami e Qualità del servizio
Via S. Francesco d'Assisi, 10
10122 Torino

Sarà cura della Società comunicare gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

Nel caso in cui la Società non abbia fornito risposta nel termine indicato, oppure il reclamo non sia stato accolto o la risposta della Società sia ritenuta incompleta o scorretta, sarà possibile presentare reclamo all'IVASS.

Il reclamante potrà rivolgersi direttamente all'IVASS nel caso di eventuali reclami non riguardanti il Contratto di Assicurazione o la gestione dei Sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, nonché delle relative norme di attuazione.

Il nuovo reclamo dovrà contenere i seguenti elementi essenziali:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro della stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze;

e dovrà essere trasmesso a:

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353
e-mail: ivass@pec.ivass.it

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di 45 giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

Sarà cura dell'IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunicare al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro il termine di 90 giorni dall'acquisizione degli eventuali elementi mancanti.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 8

Condizioni di assicurazione relative alla Polizza “Infortuni professionali ed extraprofessionali”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE relative alla polizza "Infortuni professionali ed extraprofessionali"

Premessa

La presente Assicurazione per "Infortuni professionali ed extraprofessionali" viene prestata in forma cumulativa in ottemperanza a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per i Dirigenti di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, unitamente ad altre coperture assicurative di cui alla Convenzione "3182" stipulata tra Associazione "Antonio Pastore", FASDAC, CNP Vita Assicura S.p.A., Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Generali Italia S.p.A.

Ogni singolo Assicurato detiene, nell'ambito della Convenzione "3182", una propria posizione assicurativa costituita dall'insieme delle forme assicurative enunciate al punto 3. delle "Disposizioni di carattere generale" contenute nella Sezione 1 in ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione stessa.

L'Assicurazione per "Infortuni professionali ed extraprofessionali" è prestata in coassicurazione da:

- Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. – Società Delegataria
- Generali Italia S.p.A. – Società Codelegataria

(di seguito "Società Coassicuratrici") ciascuna per una quota del 50%.

NORME PER L'ASSICURAZIONE "INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI"

ART. 1 OBBLIGHI DELLE SOCIETÀ COASSICURATRICI

Gli obblighi delle Società Coassicuratrici verso gli Assicurati risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di assicurazione, dal Certificato di assicurazione, dalla Convenzione "3182" nonché dalle eventuali appendici alla Convenzione firmate dal Contraente e dalle Società Coassicuratrici stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione e dalla Convenzione "3182", valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente della presente Polizza è l'Associazione "Antonio Pastore", che agisce in nome proprio ma per conto degli Affiliati.

Assicurati della presente forma assicurativa per "Infortuni professionali ed extraprofessionali", nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti i Dirigenti "a contribuzione ordinaria", a "contribuzione agevolata" e a "contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi".

L'onere di pagamento dei Contributi necessari a garantire le prestazioni assicurate spetta, per ciascun Dirigente "a contribuzione ordinaria", "a contribuzione agevolata" e "a contribuzione agevolata" nominato "in sospensione degli obblighi contributivi", alle Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi presso le quali gli Assicurati prestano Servizio Attivo.

L'Associazione "Antonio Pastore" provvederà ad esigere i Contributi previsti per le prestazioni assicurate ed a farli pervenire, per il tramite dell'Intermediario, alla Società Delegataria.

ART. 3 EFFETTO E SCADENZA DELLA POLIZZA

La presente Polizza ha efficacia dalle ore 00 del 01/01/2025.
Le parti individuano il 31/10/2025 quale termine massimo entro il quale definire le condizioni per l'eventuale proroga della presente Polizza sino al 31/12/2031 così da equipararla alla scadenza delle altre forme assicurative e alla scadenza della Convenzione 3182 o a diverso termine che le parti dovessero concordemente definire.
In assenza di un comune accordo di proroga, la presente Polizza si intenderà scaduta al 31/12/2025 fermi restando gli effetti postumi riferiti a periodi di copertura (denunce tardive) e la liquidazione dei sinistri denunciati sempre nel periodo di copertura.

ART. 4 COPERTURE PRESTATE

Le coperture assicurative prestate con la presente Polizza sono i casi di Morte e di Invalidità Permanente conseguenti a Infortunio subìto dall'Assicurato Dirigente "a contribuzione ordinaria", a "contribuzione agevolata" e a "contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi" durante il periodo contrattuale ma non oltre l'80° anno di età.

Le somme assicurate a tale titolo sono indicate al successivo Art. 13 e l'Indennizzo spettante all'Assicurato sarà stabilito in base a quanto disposto dalle condizioni che seguono.

Le somme assicurate devono intendersi quale importo massimo liquidabile per uno o più Sinistri relativi alla presente Polizza.

ART. 5 EFFETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa ha effetto:

- dal 01/01/2025 per gli Assicurati Dirigenti "a contribuzione ordinaria", a "contribuzione agevolata" e a "contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi" già inclusi in Convenzione a tale data;
- dalla data di ingresso in Convenzione, se successiva al 01/01/2025, per gli altri Assicurati Dirigenti "a contribuzione ordinaria", a "contribuzione agevolata" e a "contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi".

ART. 6 ARBITRATO MEDICO O PERIZIA CONTRATTUALE IN MATERIA MEDICA EX ART. 808 TER C.P.C.

Se tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e le Società Delegatarie nascono controversie di natura medica comprese quelle, a titolo meramente esemplificativo, concernenti le conseguenze del sinistro, la riconducibilità delle stesse a malattia o infortunio, il grado di invalidità permanente nonché i criteri di indennizzabilità, la decisione della controversia può essere affidata per iscritto a un collegio arbitrale di tre medici (Arbitrato).
Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico: il terzo medico deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città dove ha sede l'istituto di

medicina legale più vicina alla residenza del Cliente, luogo in cui si riunirà il collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Il collegio medico arbitrale, se lo ritiene opportuno, può rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità totale permanente a epoca da definirsi dal collegio. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale

ART. 7 PROVA

È a carico di chi domanda l'Indennizzo l'onere di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di Polizza.

ART. 8 TASSE E IMPOSTE

Tasse ed imposte relative alla presente Polizza sono a carico del Contraente.

ART. 9 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che l'accertamento e la liquidazione del Sinistro avverranno in Italia e in euro.

ART. 10 DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Società Coassicuratrici rinunciano, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

La presente copertura assicurativa è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'Assicurato.

Le Società Coassicuratrici, pertanto, provvederanno alla liquidazione dell'Indennizzo dovuto a termini della presente Polizza a prescindere da quanto indennizzato da altre società assicuratrici in forza di altri contratti a favore dell'Assicurato.

ART. 12 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

I) delle proprie attività professionali principali e secondarie (rischio professionale);

II) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischio extraprofessionale).

Sono compresi nella copertura assicurativa:

a) l'asfissia non di origine morbosa;

b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;

c) le affezioni conseguenti a morsi di animali o punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;

d) l'annegamento;

e) l'assideramento o il congelamento;

f) la folgorazione;

g) il soffocamento;

h) i colpi di sole o di calore;
i) le lesioni derivanti da contatto improvviso con corrosivi;
j) le influenze termiche ed atmosferiche in genere;
k) le lesioni determinate da sforzi e le rotture sottocutanee dei tendini causate da infortunio, con esclusione degli infarti e delle ernie salvo per queste ultime quanto disposto all'Art. 25. Limitatamente alle rotture sottocutanee dei tendini, verrà riconosciuta a titolo di Invalidità Permanente un'indennità non superiore al 3% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
l) gli infortuni derivanti da forze della natura quali fulmini, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche;
m) gli Infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
n) gli Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi;
o) gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
p) gli Infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

ART. 13 ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI – SOMME ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata per ciascun Assicurato:

a) in caso di morte per una somma corrispondente a cinque volte la Retribuzione Di Fatto annua, col massimo assicurato di € 750.000,00 (settecentocinquantamila);
b) in caso di Invalidità Permanente per una somma corrispondente a sei volte la Retribuzione Di Fatto annua, col massimo assicurato di € 900.000,00 (novecentomila).

Resta salvo l'obbligo a carico del datore di lavoro, previsto dai CCNL, per la eventuale parte eccedente tali limiti convenzionali.

Per la liquidazione delle indennità sono considerati gli elementi fissi della Retribuzione Di Fatto dell'Assicurato riferiti al mese precedente a quello in cui si è verificato l'Infortunio, moltiplicati per 14.

A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative agli elementi non ricorrenti o di entità variabile della retribuzione, riconosciuti effettivamente all'Assicurato nei 12 mesi precedenti l'Infortunio.

Qualora la mensilità precedente il verificarsi dell'infortunio (occorso all'Assicurato in Servizio Attivo) comprendesse periodi di aspettativa non retribuita o con retribuzione ridotta, per la liquidazione delle indennità saranno considerati gli elementi fissi della Retribuzione Di Fatto dell'Assicurato riferiti al mese precedente l'inizio del periodo di aspettativa, nel limite di 12 mesi antecedenti l'Infortunio. Nel caso in cui il periodo di aspettativa sia perdurato oltre il limite predetto, saranno considerati, ai fini della liquidazione, i soli elementi fissi della Retribuzione Di Fatto dell'Assicurato riferita al mese in cui è occorso l'Infortunio.

Nel caso in cui l'Infortunio si verifichi nel corso del mese di assunzione o di nomina dell'Assicurato a Dirigente, la Retribuzione Di Fatto sarà commisurata all'importo lordo annuo indicato nella lettera di assunzione o di nomina.

Nel caso in cui l'infortunio si verifichi nel corso:

- del periodo di Indennità sostitutiva del Preavviso riconosciuta al Dirigente;
- del periodo di erogazione della prestazione della forma assicurativa "Assicurazione Ponte" riconosciuta all'Assicurato;
- dei 90 giorni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l'incarico di Dirigente

saranno considerati, ai fini della liquidazione, gli elementi fissi della Retribuzione di Fatto dell'Assicurato riferita al mese precedente a quello di cessazione dal servizio attivo.

Le somme massime assicurate di cui alle lett. a) e b) del presente Art. 13 sono calcolate su una Retribuzione Di Fatto annua dell'Assicurato stabilita convenzionalmente in € 150.000,00 (centocinquantamila).

Ai fini della determinazione dell'Indennizzo dovuto all'Assicurato, viene espressamente convenuto che:

I) qualora la Retribuzione Di Fatto annua dell'Assicurato al momento dell'Infortunio dovesse essere inferiore a € 150.000,00, l'Indennizzo verrà calcolato sulla Retribuzione Di Fatto annua effettivamente maturata;

II) qualora la Retribuzione Di Fatto annua maturata dall'Assicurato al momento dell'Infortunio dovesse essere superiore a € 150.000,00, l'Indennizzo verrà calcolato sulla Retribuzione Di Fatto annua stabilita convenzionalmente in € 150.000,00, fatto salvo l'obbligo contrattuale a carico del datore di lavoro per la parte eccedente tale limite convenzionale.

ART. 14 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;

b) dalla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;

c) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi di volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;

d) dalla guida in stato di ubriachezza di veicoli e natanti in genere;

e) dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e psicofarmaci;

f) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da Infortunio;

g) dalla partecipazione dell'Assicurato ad atti dolosi commessi o tentati;

h) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 22;

i) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove e allenamenti;

j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

k) da suicidio e tentato suicidio.

ART. 15 MORTE

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, le Società Coassicuratrici corrispondono ai Beneficiari designati la somma assicurata come determinata all'Art. 13.

L'Indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, le Società Coassicuratrici corrispondono ai Beneficiari designati la differenza tra l'Indennizzo per Morte – se superiore – e quello già pagato per Invalidità Permanente.

ART. 16 MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, le Società Coassicuratrici liquideranno ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso di Morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se a pagamento avvenuto della predetta indennità l'Assicurato risultasse vivo, le Società Coassicuratrici avranno diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente residuata.

ART. 17 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente totale, le Società Coassicuratrici corrisponderanno l'intera somma assicurata come determinata all'Art. 13.
Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente parziale, l'Indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente, che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 (tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della presente Polizza, con rinuncia da parte delle Società Coassicuratrici all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella INAIL vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste dalla predetta tabella INAIL sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

La perdita anatomica o funzionale di una falange del pollice o dell'alluce viene stabilita nella metà e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella INAIL, l'Indennizzo viene stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione di Dirigente.

Qualora l'Invalidità Permanente comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura pari o superiore al 50%, verrà indennizzato il 100% della somma assicurata.

ART. 18 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione per il caso di Invalidità Permanente viene estesa anche alle Malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della presente Polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare la perdita della qualifica di Dirigente, la franchigia predetta si intende abolita.

L'Indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 (tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della presente Polizza, con rinuncia da parte delle Società Coassicuratrici all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

Qualora l'Invalidità Permanente conseguente a Malattia professionale comporti la perdita della qualifica di Dirigente ed una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura pari o superiore al 66%, verrà indennizzato il 100% della somma assicurata.

ART. 19 MALATTIE TROPICALI

Limitatamente al caso di Invalidità Permanente, l'Assicurazione è estesa alle malattie tropicali che possa contrarre l'Assicurato. Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermotifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che sia stato preventivamente sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi.

Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 20%. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20%, tale Franchigia si intende annullata e verrà corrisposto l'Indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente subìto.

Il periodo utile massimo per la valutazione definitiva dell'Invalidità Permanente viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della Malattia.

ART. 20 RISCHIO VOLO

L'Assicurazione comprende gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che da:

a) società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

b) aeroclubs.

Sono compresi gli eventuali Infortuni subiti in conseguenza di forzato dirottamento del velivolo o di atti di pirateria aerea. Resta convenuto che in caso di evento che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso massimo delle Società Coassicuratrici non potrà superare la somma di € 25.000.000,00 (venticinque milioni) per tutti gli Indennizzi e per ciascun evento. Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli Indennizzi dovuti.

ART. 21 CALAMITA' NATURALI

L'Assicurazione comprende gli Infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

ART. 22 RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione comprende gli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli Infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

ART. 23 RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A SEGUITO DI REATO DI RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATIVO DI SEQUESTRO

Qualora Beneficiari della somma assicurata per il caso di Morte dell'Assicurato siano stati designati i figli e/o il coniuge non legalmente separato o il convivente more uxorio o il convivente ex Legge 20 maggio 2016, n. 76, le Società Coassicuratrici liquideranno la somma assicurata aumentata del 100% fino ad un importo massimo complessivo di € 750.000, qualora l'Assicurato muoia in conseguenza di un Infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

ART. 24 PRATICA DI SPORT E DI ALPINISMO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e Sport Aerei in genere.

L'Assicurazione vale anche per la pratica di alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai di grado non superiore al terzo, estesa ai gradi superiori solo se l'Assicurato è accompagnato da guida patentata.

È esclusa la pratica di sport non regolamentati da federazioni sportive aderenti al C.O.N.I. e le attività sportive costituenti per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria, nonché quelle per le quali l'Assicurato stesso percepisca compensi pecuniari a qualsiasi titolo (premi, rimborsi spese, ecc.).

ART 25 ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO

L'Assicurazione è estesa alle ernie traumatiche da sforzo (escluse in ogni caso le ernie discali), con l'intesa che:

a) per le ernie operabili verrà riconosciuta a titolo di Invalidità Permanente un'indennità non superiore al 3% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;

b) se in base a parere medico l'ernia non è operabile, verrà corrisposta a titolo di Invalidità Permanente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;

In caso di contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico secondo la procedura stabilita all'Art. 6.

ART. 26 MASSIMO CATASTROFALE

Fermo quanto previsto all'Art. 20, si conviene che, indipendentemente dalle somme individualmente assicurate, nel caso di evento nel quale rimangano infortunati più Assicurati, il massimo esborso a carico delle Società Coassicuratrici non potrà superare la somma di € 50.000.000,00 (cinquanta milioni) per tutti gli Indennizzi e per ciascun evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli Indennizzi dovuti.

ART. 27 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di Infortunio, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso con lettera raccomandata, PEC o altra forma documentabile all'Intermediario o alla Società Delegataria entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio stesso o da quando se ne è avuta la possibilità.

La denuncia dell'Infortunio, come precisato al punto 15. della Sezione 10., deve essere sottoscritta dall'Assicurato o da chi per esso e deve contenere:

a) data, ora e luogo dell'evento, oltre ad una circostanziata descrizione dei fatti e delle cause che hanno determinato l'Infortunio;

b) certificazione medica relativa all'accertamento e alle conseguenze dell'Infortunio, rilasciata da ambulatorio di pronto soccorso ospedaliero o da personale medico.

L'Assicurato deve fornire alla Società Delegataria ogni informazione necessaria per la gestione del Sinistro, produrre copia di tutta la documentazione sanitaria e di ogni ulteriore documentazione relativa al decorso dell'Infortunio, consentire le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società Delegataria.

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in regime di day-hospital, l'Assicurato dovrà produrre copia conforme all'originale della cartella clinica e la scheda di dimissione ospedaliera.

Le spese per il rilascio della cartella clinica sono a carico dell'Assicurato.

Per gli Infortuni subiti all'estero l'Assicurato è tenuto a produrre la traduzione completa in italiano di tutta la documentazione relativa, ivi compresa la documentazione medica.

In mancanza le eventuali spese per la traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato fornirà alla Società Delegataria una dichiarazione rilasciata dal proprio datore di lavoro, corredata da documentazione probante a supporto, attestante l'ammontare della Retribuzione Di Fatto utile a determinare le somme assicurate come stabilito all'Art. 13.

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi di "Assidir S.r.l." nella sua qualità di Intermediario, previo controllo di tutta la documentazione raccolta provvederà, se non già fatto dall'Assicurato, ad inviare la stessa alla Società Delegataria.

L'inadempimento degli obblighi suindicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART. 28 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Le Società Coassicuratrici corrispondono l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le indennità dovute secondo le percentuali previste dalla presente Polizza verranno diminuite del grado corrispondente alle infermità e ai difetti fisici preesistenti.

ART. 29 DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasferibile.

Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause diverse dall'Infortunio denunciato prima che l'Invalidità Permanente sia stata accertata da un medico fiduciario della Società Delegataria a mezzo visita medica, le Società Coassicuratrici liquideranno agli eredi e/o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa in base alla documentazione prodotta ai sensi dell'Art. 27.

Ciò a condizione che gli eredi e/o aventi causa dimostrino:

a) la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e dalla cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
b) l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio generante lo stato di Invalidità Permanente.

ART. 30 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, le Società Coassicuratrici liquideranno l'Indennizzo che risulti dovuto dandone comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvedendo al pagamento entro i 30 giorni successivi.

L'Indennizzo sarà corrisposto in Italia in euro.

ART. 31 ANTICIPO INDENNIZZI PER INVALIDITA' PERMANENTE

Su richiesta dell'Assicurato le Società Coassicuratrici anticiperanno un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile per Invalidità Permanente a condizione che:

a) i postumi di Invalidità Permanente, secondo il parere della Società Delegataria, siano superiori al 30% della totale;
b) non esistano dubbi sulla indennizzabilità del Sinistro;
c) l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi previsti dalle Condizioni di assicurazione.

L'anticipo non potrà comunque essere superiore a € 100.000,00 qualunque sia l'ammontare stimato dell'Indennizzo complessivo.

ART. 32 ESONERO DENUNCIA INFERMITA' PREGRESSE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alle Società Coassicuratrici eventuali infermità o difetti fisici di cui fossero affetti gli Assicurati o precedenti Infortuni dagli stessi subiti, fermo restando che, solamente per i casi di Infortunio che abbia colpito un organo o un arto già minorato, le Indennità dovute secondo le percentuali previste dalla presente Polizza verranno diminuite del degrado corrispondente alle infermità ed ai difetti preesistenti.

ART. 33 SUDDIVISIONE DEL PREMIO

Premesso che la copertura prestata con la presente Polizza è valida per gli Infortuni professionali ed extraprofessionali, si precisa che il premio corrisposto dal Contraente alle Società Coassicuratrici è commisurato:

a) al 70% per la copertura dei rischi professionali;
b) al 30% per la copertura dei rischi extraprofessionali.

ART. 34 RECLAMI

Nel sito internet della Società Delegataria www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, sono presenti: le informazioni utili per la presentazione degli stessi; il modello che può essere utilizzato per la formulazione del reclamo e la possibilità, in caso di mancato o parziale accoglimento, di rivolgersi all'IVASS o attivare sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie e le relative modalità.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Eventuali reclami possono essere presentati in prima battuta alla Società Delegataria, per iscritto con una delle seguenti modalità:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

- compila il form online;
- invia una e-mail a: reclami@intesasanpaoloprotezione.com
- invia una e-mail certificata (PEC) a: reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com
- invia una lettera a:
  Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
  Gestione Reclami e Qualità del servizio

Via S. Francesco d'Assisi, 10

10122 Torino

Sarà cura della Società Delegataria comunicare gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

Nel caso in cui la Società Delegataria non abbia fornito risposta nel termine indicato, oppure il reclamo non sia stato accolto o la risposta della Società Delegataria sia ritenuta incompleta o scorretta, sarà possibile presentare reclamo all'IVASS. Il reclamante potrà rivolgersi direttamente all'IVASS nel caso di eventuali reclami non riguardanti il Contratto di Assicurazione o la gestione dei Sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, nonché delle relative norme di attuazione.

Il nuovo reclamo dovrà contenere i seguenti elementi essenziali:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato alla Società Delegataria e dell'eventuale riscontro della stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze;

e dovrà essere trasmesso a:

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353
e-mail: ivass@pec.ivass.it

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di 45 giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

Sarà cura dell'IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunicare al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro il termine di 90 giorni dall'acquisizione degli eventuali elementi mancanti.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

ART. 35 ABBUONO DI PREMIO

L'abbuono "B" da calcolare alla fine dell'esercizio di riferimento relativamente alla Polizza Infortuni, viene determinato per mezzo della seguente formula:

B= 0,60 * (0,80 * P - S) (risultato della garanzia)
dove:

P sta ad indicare l'ammontare dei Premi versati relativi all'esercizio di riferimento;

S sta ad indicare la somma pagata e/o riservata dalla Società Delegataria per i Sinistri verificatisi in detto Esercizio, comprensiva di “IBNR” (sinistri avvenuti ma non ancora denunciati);

per “esercizio di riferimento” si intende il periodo che va dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025.

L'abbuono di Premio di segno positivo incrementa il Fondo Unico (vedi punto 19 “Fondo Unico” contenuto nelle “Disposizioni di carattere generale” – Sezione 1); l'abbuono di Premio di segno negativo riduce il Fondo Unico stesso.

ART. 37 REVISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E DEL PREMIO

Il Contraente e le Società Coassicuratrici individuano il 31/10/2025 quale termine massimo entro il quale definire le revisioni delle condizioni di assicurazione e del premio della presente Polizza.

Qualora le parti non addivenissero ad un accordo di revisione, la presente Polizza, così come precisato all’Art. 3 “Effetto e scadenza della Polizza” delle condizioni della presente forma assicurativa, si intenderà scaduta al 31/12/2025 fermi restando gli effetti postumi riferiti a periodi di copertura (denunce tardive) e la liquidazione dei sinistri denunciati sempre nel periodo di copertura.

Convenzione 3182

SEZIONE N. 9

Tabelle

Tabella n° 1 – Forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale"

Età alla decorrenza	Durata	Premio per 1.000 Euro di capitale iniziale assicurato
21	44	1.054,85
22	43	1.054,85
23	42	1.054,85
24	41	1.054,85
25	40	1.054,85
26	39	1.054,85
27	38	1.054,85
28	37	1.054,85
29	36	1.054,85
30	35	1.054,85
31	34	1.054,85
32	33	1.054,85
33	32	1.054,85
34	31	1.054,85
35	30	1.054,85
36	29	1.054,85
37	28	1.054,85
38	27	1.054,85
39	26	1.054,85
40	25	1.054,85
41	24	1.054,85
42	23	1.054,85
43	22	1.054,85
44	21	1.054,85
45	20	1.054,85
46	19	1.054,85
47	18	1.054,85
48	17	1.054,85
49	16	1.054,85
50	15	1.054,85
51	14	1.054,85
52	13	1.054,85
53	12	1.054,85
54	11	1.054,85
55	10	1.054,85
56	9	1.054,85
57	8	1.054,85
58	7	1.054,85
59	6	1.054,85
60	5	1.054,85
61	4	1.054,85
62	3	1.054,85
63	2	1.054,85
64	1	1.054,85

Tabella n° 2 – Capitali assicurati in caso di morte e premi annui calcolati in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato all'inizio di ogni anno assicurativo

Età	Capitale Assicurato maschi	Premio Annuo maschi	Capitale Assicurato femmine	Premio Annuo femmine
21	520.000,00	282,47	520.000,00	100,28
22	520.000,00	291,09	520.000,00	104,47
23	520.000,00	303,78	520.000,00	109,09
24	520.000,00	313,90	520.000,00	113,69
25	520.000,00	316,43	520.000,00	116,52
26	520.000,00	316,43	520.000,00	118,46
27	520.000,00	316,43	520.000,00	123,74
28	520.000,00	322,24	520.000,00	132,59
29	520.000,00	333,93	520.000,00	141,13
30	510.000,00	337,98	510.000,00	149,09
31	500.000,00	340,14	500.000,00	148,12
32	490.000,00	348,15	490.000,00	155,93
33	470.000,00	354,11	470.000,00	165,64
34	450.000,00	365,03	450.000,00	179,11
35	435.000,00	359,93	435.000,00	193,99
36	420.000,00	357,88	420.000,00	215,21
37	410.000,00	357,13	410.000,00	231,41
38	390.000,00	353,83	390.000,00	240,19
39	370.000,00	351,58	370.000,00	247,38
40	350.000,00	349,78	350.000,00	251,22
41	340.000,00	349,43	340.000,00	253,33
42	310.000,00	331,23	310.000,00	224,83
43	290.000,00	327,03	290.000,00	215,23
44	265.000,00	318,53	265.000,00	198,68
45	240.000,00	302,53	240.000,00	180,73
46	225.000,00	292,92	225.000,00	172,33
47	205.000,00	295,53	205.000,00	159,03
48	190.000,00	286,43	190.000,00	152,03
49	175.000,00	278,03	175.000,00	147,53
50	170.000,00	268,53	170.000,00	138,53
51	165.000,00	258,43	165.000,00	123,88
52	160.000,00	276,83	160.000,00	138,23
53	160.000,00	310,93	160.000,00	143,98
54	160.000,00	314,03	160.000,00	152,03
55	160.000,00	328,03	160.000,00	161,78
56	155.000,00	374,58	155.000,00	191,23
57	155.000,00	441,08	155.000,00	221,63
58	155.000,00	497,13	155.000,00	269,13
59	155.000,00	580,73	155.000,00	291,93
60	150.000,00	636,78	150.000,00	328,03
61	150.000,00	703,28	150.000,00	374,58
62	150.000,00	774,53	150.000,00	441,08
63	150.000,00	843,88	150.000,00	497,13
64	150.000,00	940,78	150.000,00	580,73
65	150.000,00	1.058,58	150.000,00	602,26
66	75.000,00	180,87	75.000,00	180,87
67	70.000,00	180,87	70.000,00	180,87
68	65.000,00	180,87	65.000,00	180,87
69	60.000,00	180,87	60.000,00	180,87
70	55.000,00	180,87	55.000,00	180,87

L'età dell'Assicurato si determina per anni interi alla data di ingresso in Convenzione e, successivamente per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione superiore a sei mesi

Tabella n° 2bis – Capitali assicurati in caso di malattia grave e relativo premio annuo. I Capitali assicurati sono calcolati in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato all'inizio di ogni anno assicurativo e pari al 5% dei Capitali assicurati in caso di morte

Età	Capitale Assicurato maschi/femmine	Premio annuo maschi/femmine
21	26.000,00	129,00
22	26.000,00	129,00
23	26.000,00	129,00
24	26.000,00	129,00
25	26.000,00	129,00
26	26.000,00	129,00
27	26.000,00	129,00
28	26.000,00	129,00
29	26.000,00	129,00
30	25.500,00	129,00
31	25.000,00	129,00
32	24.500,00	129,00
33	23.500,00	129,00
34	22.500,00	129,00
35	21.750,00	129,00
36	21.000,00	129,00
37	20.500,00	129,00
38	19.500,00	129,00
39	18.500,00	129,00
40	17.500,00	129,00
41	17.000,00	129,00
42	15.500,00	129,00
43	14.500,00	129,00
44	13.250,00	129,00
45	13.000,00	129,00
46	13.000,00	129,00
47	13.000,00	129,00
48	13.000,00	129,00
49	13.000,00	129,00
50	13.000,00	129,00
51	13.000,00	129,00
52	13.000,00	129,00
53	13.000,00	129,00
54	13.000,00	129,00
55	13.000,00	129,00
56	13.000,00	129,00
57	13.000,00	129,00
58	13.000,00	129,00
59	13.000,00	129,00
60	13.000,00	129,00
61	13.000,00	129,00
62	13.000,00	129,00
63	13.000,00	129,00
64	13.000,00	129,00
65	13.000,00	129,00
66	13.000,00	129,00
67	13.000,00	129,00
68	13.000,00	129,00
69	13.000,00	129,00
70	13.000,00	129,00

L'età dell'Assicurato si determina per anni interi alla data di ingresso in Convenzione e, successivamente per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione superiore a sei mesi

Tabella n° 3 – Coefficienti di conversione da capitale a scadenza in rendita. Valori di conversione di 1.000€ di capitale a scadenza in rendita annua vitalizia immediata rivalutabile posticipata. Tavola ANIA A62D (impegni differiti) a tasso tecnico 0%

Frazionamento della rendita								
Età alla conversione	Annuale		Semestrale		Trimestrale		Mensile	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
50	26,60	24,17	26,33	23,93	26,20	23,81	26,07	23,69
51	27,30	24,75	27,03	24,51	26,89	24,38	26,75	24,26
52	28,04	25,36	27,76	25,11	27,62	24,98	27,48	24,85
53	28,81	26,00	28,52	25,74	28,38	25,61	28,23	25,48
54	29,63	26,67	29,33	26,40	29,18	26,27	29,03	26,13
55	30,49	27,37	30,18	27,10	30,03	26,96	29,88	26,82
56	31,39	28,11	31,08	27,83	30,92	27,69	30,76	27,55
57	32,35	28,89	32,03	28,60	31,87	28,45	31,70	28,31
58	33,37	29,71	33,03	29,41	32,87	29,26	32,70	29,11
59	34,45	30,58	34,10	30,27	33,93	30,12	33,76	29,96
60	35,59	31,49	35,23	31,18	35,06	31,02	34,88	30,86
61	36,81	32,47	36,44	32,14	36,26	31,98	36,07	31,82
62	38,10	33,50	37,72	33,16	37,53	32,99	37,34	32,83
63	39,48	34,60	39,08	34,25	38,89	34,08	38,69	33,90
64	40,94	35,76	40,53	35,41	40,33	35,23	40,12	35,05
65	42,50	37,01	42,08	36,64	41,87	36,45	41,65	36,27
66	44,18	38,34	43,73	37,96	43,51	37,77	43,29	37,57
67	45,97	39,77	45,51	39,37	45,28	39,17	45,05	38,97
68	47,91	41,30	47,43	40,88	47,19	40,68	46,95	40,47
69	50,01	42,94	49,51	42,51	49,26	42,29	49,01	42,08
70	52,28	44,71	51,75	44,26	51,49	44,04	51,23	43,81
71	54,74	46,62	54,19	46,15	53,91	45,92	53,64	45,68
72	57,41	48,68	56,83	48,19	56,55	47,95	56,26	47,71
73	60,31	50,92	59,71	50,41	59,40	50,15	59,10	49,90
74	63,47	53,34	62,83	52,81	62,51	52,54	62,20	52,28
75	66,90	55,99	66,23	55,43	65,90	55,15	65,56	54,87

Scala di ringiovanimento/invecchiamento rispetto all'anno di nascita, maschi e femmine

Maschi			Femmine		
nati da	**a**	**Modifiche dell'età**	**nati da**	**a**	**Modifiche dell'età**
1900	1907	+ 7 anni	1900	1908	+ 7 anni
1908	1917	+ 6 anni	1909	1917	+ 6 anni
1918	1919	+ 5 anni	1918	1922	+ 5 anni
1920	1925	+ 4 anni	1923	1929	+ 4 anni
1926	1938	+ 3 anni	1930	1940	+ 3 anni
1939	1947	+ 2 anni	1941	1949	+ 2 anni
1948	1957	+ 1 anno	1950	1957	+ 1 anno
1958	1966	-	1958	1966	-
1967	1978	- 1 anno	1967	1976	- 1 anno
1979	1992	- 2 anni	1977	1986	- 2 anni
1993	2006	- 3 anni	1987	1996	- 3 anni
2007	2020	- 4 anni	1997	2007	- 4 anni
2021	Oltre	- 5 anni	2008	2018	- 5 anni
			2019	2020	- 6 anni
			2021	Oltre	- 7 anni

Tabella n° 4 – Premi annui relativi alla forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma "a Vita Intera"

Età	Premio Annuo maschi	Premio Annuo femmine
55	1.322,32	2.378,96
56	1.385,39	2.495,81
57	1.453,61	2.622,66
58	1.527,60	2.761,10
59	1.608,37	2.912,66
60	1.696,69	3.079,30
61	1.793,36	3.263,19
62	1.899,68	3.466,30
63	2.017,33	3.691,89
64	2.148,02	3.943,28
65	2.293,72	4.224,63
66	2.456,14	4.539,69
67	2.637,46	4.892,82
68	2.841,54	5.292,01
69	3.074,09	5.746,73
70	3.342,31	6.270,25
71	3.655,68	6.881,00
72	4.027,93	7.603,99
73	4.480,52	8.478,10
74	5.045,17	9.564,88
75	5.775,36	10.964,33
76	6.770,00	12.855,73
77	8.225,35	15.611,43
78	10.602,06	20.086,78
79	15.283,55	28.830,06
80	29.172,22	54.647,73

Tabella n° 5 – Destinazione del premio assicurativo

Tabella n° 5.1 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente "a contribuzione ordinaria" (comma 5.1 del punto 5 "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" della Sezione 1)

Premio per polizza Invalidità permanente conseguente a malattia (fino al 70° anno di età)	**626,36**
Premio per la forma assicurativa Rendita collegata a problemi di non autosufficienza (forma temporanea con pagamento premio fino al 70° anno di età)	**206,60**
Premio per la polizza Esonero Pagamento Premi	**60,00**
Premio per la polizza Assicurazione Ponte	**90,00**
Premio per la polizza Infortuni professionali ed extraprofessionali	**410,00**
Premio per la forma assicurativa Dread Disease	**129,00**

Età	Temporanea di gruppo				Mista		Dread Disease	
	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine	Premio maschi	Premio femmine	Premio maschi	Premio femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine
21	520.000,00	520.000,00	282,47	100,28	3.453,43	3.635,62	26.000,00	26.000,00
22	520.000,00	520.000,00	291,09	104,47	3.444,81	3.631,43	26.000,00	26.000,00
23	520.000,00	520.000,00	303,78	109,09	3.432,12	3.626,81	26.000,00	26.000,00
24	520.000,00	520.000,00	313,90	113,69	3.422,00	3.622,21	26.000,00	26.000,00
25	520.000,00	520.000,00	316,43	116,52	3.419,47	3.619,38	26.000,00	26.000,00
26	520.000,00	520.000,00	316,43	118,46	3.419,47	3.617,44	26.000,00	26.000,00
27	520.000,00	520.000,00	316,43	123,74	3.419,47	3.612,16	26.000,00	26.000,00
28	520.000,00	520.000,00	322,24	132,59	3.413,66	3.603,31	26.000,00	26.000,00
29	520.000,00	520.000,00	333,93	141,13	3.401,97	3.594,77	26.000,00	26.000,00
30	510.000,00	510.000,00	337,98	149,09	3.397,92	3.586,81	25.500,00	25.500,00
31	500.000,00	500.000,00	340,14	148,12	3.395,76	3.587,78	25.000,00	25.000,00
32	490.000,00	490.000,00	348,15	155,93	3.387,75	3.579,97	24.500,00	24.500,00
33	470.000,00	470.000,00	354,11	165,64	3.381,79	3.570,26	23.500,00	23.500,00
34	450.000,00	450.000,00	365,03	179,11	3.370,87	3.556,79	22.500,00	22.500,00
35	435.000,00	435.000,00	359,93	193,99	3.375,97	3.541,91	21.750,00	21.750,00
36	420.000,00	420.000,00	357,88	215,21	3.378,02	3.520,69	21.000,00	21.000,00
37	410.000,00	410.000,00	357,13	231,41	3.378,77	3.504,49	20.500,00	20.500,00
38	390.000,00	390.000,00	353,83	240,19	3.382,07	3.495,71	19.500,00	19.500,00
39	370.000,00	370.000,00	351,58	247,38	3.384,32	3.488,52	18.500,00	18.500,00
40	350.000,00	350.000,00	349,78	251,22	3.386,12	3.484,68	17.500,00	17.500,00
41	340.000,00	340.000,00	349,43	253,33	3.386,47	3.482,57	17.000,00	17.000,00
42	310.000,00	310.000,00	331,23	224,83	3.404,67	3.511,07	15.500,00	15.500,00
43	290.000,00	290.000,00	327,03	215,23	3.408,87	3.520,67	14.500,00	14.500,00
44	265.000,00	265.000,00	318,53	198,68	3.417,37	3.537,22	13.250,00	13.250,00
45	240.000,00	240.000,00	302,53	180,73	3.433,37	3.555,17	13.000,00	13.000,00
46	225.000,00	225.000,00	292,92	172,33	3.442,98	3.563,57	13.000,00	13.000,00
47	205.000,00	205.000,00	295,53	159,03	3.440,37	3.576,87	13.000,00	13.000,00
48	190.000,00	190.000,00	286,43	152,03	3.449,47	3.583,87	13.000,00	13.000,00
49	175.000,00	175.000,00	278,03	147,53	3.457,87	3.588,37	13.000,00	13.000,00
50	170.000,00	170.000,00	268,53	138,53	3.467,37	3.597,37	13.000,00	13.000,00
51	165.000,00	165.000,00	258,43	123,88	3.477,47	3.612,02	13.000,00	13.000,00
52	160.000,00	160.000,00	276,83	138,23	3.459,07	3.597,67	13.000,00	13.000,00
53	160.000,00	160.000,00	310,93	143,98	3.424,97	3.591,92	13.000,00	13.000,00
54	160.000,00	160.000,00	314,03	152,03	3.421,87	3.583,87	13.000,00	13.000,00
55	160.000,00	160.000,00	328,03	161,78	3.407,87	3.574,12	13.000,00	13.000,00
56	155.000,00	155.000,00	374,58	191,23	3.361,32	3.544,67	13.000,00	13.000,00
57	155.000,00	155.000,00	441,08	221,63	3.294,82	3.514,27	13.000,00	13.000,00
58	155.000,00	155.000,00	497,13	269,13	3.238,77	3.466,77	13.000,00	13.000,00
59	155.000,00	155.000,00	580,73	291,93	3.155,17	3.443,97	13.000,00	13.000,00
60	150.000,00	150.000,00	636,78	328,03	3.099,12	3.407,87	13.000,00	13.000,00
61	150.000,00	150.000,00	703,28	374,58	3.032,62	3.361,32	13.000,00	13.000,00
62	150.000,00	150.000,00	774,53	441,08	2.961,37	3.294,82	13.000,00	13.000,00
63	150.000,00	150.000,00	843,88	497,13	2.892,02	3.238,77	13.000,00	13.000,00
64	150.000,00	150.000,00	940,78	580,73	2.795,12	3.155,17	13.000,00	13.000,00
65	150.000,00	150.000,00	1.058,58	602,26	2.677,32	3.133,64	13.000,00	13.000,00
66	75.000,00	75.000,00	180,87	180,87	3.555,03	3.555,03	13.000,00	13.000,00
67	70.000,00	70.000,00	180,87	180,87	3.555,03	3.555,03	13.000,00	13.000,00
68	65.000,00	65.000,00	180,87	180,87	3.555,03	3.555,03	13.000,00	13.000,00
69	60.000,00	60.000,00	180,87	180,87	3.555,03	3.555,03	13.000,00	13.000,00
70	55.000,00	55.000,00	180,87	180,87	3.555,03	3.555,03	13.000,00	13.000,00

Il premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" pari ad € 206,60 è compreso nel contributo versato al FASDAC.
A decorrere dal 71° e fino all'80° anno di età dell'Assicurato, il contributo sarà ripartito esclusivamente tra le forme assicurative "Infortuni professionali ed extraprofessionali" e "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale".

Tabella n° 5.2 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente "a contribuzione agevolata" (comma 5.2 del punto 5 "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" della Sezione 1)

Premio per polizza Invalidità permanente conseguente a malattia (fino al 70° anno di età)	**626,36**
Premio per la forma assicurativa Rendita collegata a problemi di non autosufficienza	
(forma temporanea con pagamento premio fino al 70° anno di età)	**206,60**
Premio per la polizza Esonero Pagamento Premi	**60,00**
Premio per la polizza Assicurazione Ponte	**90,00**
Premio per la polizza Infortuni professionali ed extraprofessionali	**410,00**
Premio per la forma assicurativa Dread Disease	**129,00**

Età	Contributo totale		Temporanea caso morte				Dread Disease	
	Maschi	Femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine
21	1.507,83	1.325,64	520.000,00	520.000,00	282,47	100,28	26.000,00	26.000,00
22	1.516,45	1.329,83	520.000,00	520.000,00	291,09	104,47	26.000,00	26.000,00
23	1.529,14	1.334,45	520.000,00	520.000,00	303,78	109,09	26.000,00	26.000,00
24	1.539,26	1.339,05	520.000,00	520.000,00	313,90	113,69	26.000,00	26.000,00
25	1.541,79	1.341,88	520.000,00	520.000,00	316,43	116,52	26.000,00	26.000,00
26	1.541,79	1.343,82	520.000,00	520.000,00	316,43	118,46	26.000,00	26.000,00
27	1.541,79	1.349,10	520.000,00	520.000,00	316,43	123,74	26.000,00	26.000,00
28	1.547,60	1.357,95	520.000,00	520.000,00	322,24	132,59	26.000,00	26.000,00
29	1.559,29	1.366,49	520.000,00	520.000,00	333,93	141,13	26.000,00	26.000,00
30	1.563,34	1.374,45	510.000,00	510.000,00	337,98	149,09	25.500,00	25.500,00
31	1.565,50	1.373,48	500.000,00	500.000,00	340,14	148,12	25.000,00	25.000,00
32	1.573,51	1.381,29	490.000,00	490.000,00	348,15	155,93	24.500,00	24.500,00
33	1.579,47	1.391,00	470.000,00	470.000,00	354,11	165,64	23.500,00	23.500,00
34	1.590,39	1.404,47	450.000,00	450.000,00	365,03	179,11	22.500,00	22.500,00
35	1.585,29	1.419,35	435.000,00	435.000,00	359,93	193,99	21.750,00	21.750,00
36	1.583,24	1.440,57	420.000,00	420.000,00	357,88	215,21	21.000,00	21.000,00
37	1.582,49	1.456,77	410.000,00	410.000,00	357,13	231,41	20.500,00	20.500,00
38	1.579,19	1.465,55	390.000,00	390.000,00	353,83	240,19	19.500,00	19.500,00
39	1.576,94	1.472,74	370.000,00	370.000,00	351,58	247,38	18.500,00	18.500,00
40	1.575,14	1.476,58	350.000,00	350.000,00	349,78	251,22	17.500,00	17.500,00
41	1.574,79	1.478,69	340.000,00	340.000,00	349,43	253,33	17.000,00	17.000,00
42	1.556,59	1.450,19	310.000,00	310.000,00	331,23	224,83	15.500,00	15.500,00
43	1.552,39	1.440,59	290.000,00	290.000,00	327,03	215,23	14.500,00	14.500,00
44	1.543,89	1.424,04	265.000,00	265.000,00	318,53	198,68	13.250,00	13.250,00
45	1.527,89	1.406,09	240.000,00	240.000,00	302,53	180,73	13.000,00	13.000,00
46	1.518,28	1.397,69	225.000,00	225.000,00	292,92	172,33	13.000,00	13.000,00
47	1.520,89	1.384,39	205.000,00	205.000,00	295,53	159,03	13.000,00	13.000,00
48	1.511,79	1.377,39	190.000,00	190.000,00	286,43	152,03	13.000,00	13.000,00
49	1.503,39	1.372,89	175.000,00	175.000,00	278,03	147,53	13.000,00	13.000,00
50	1.493,89	1.363,89	170.000,00	170.000,00	268,53	138,53	13.000,00	13.000,00
51	1.483,79	1.349,24	165.000,00	165.000,00	258,43	123,88	13.000,00	13.000,00
52	1.502,19	1.363,59	160.000,00	160.000,00	276,83	138,23	13.000,00	13.000,00
53	1.536,29	1.369,34	160.000,00	160.000,00	310,93	143,98	13.000,00	13.000,00
54	1.539,39	1.377,39	160.000,00	160.000,00	314,03	152,03	13.000,00	13.000,00
55	1.553,39	1.387,14	160.000,00	160.000,00	328,03	161,78	13.000,00	13.000,00
56	1.599,94	1.416,59	155.000,00	155.000,00	374,58	191,23	13.000,00	13.000,00
57	1.666,44	1.446,99	155.000,00	155.000,00	441,08	221,63	13.000,00	13.000,00
58	1.722,49	1.494,49	155.000,00	155.000,00	497,13	269,13	13.000,00	13.000,00
59	1.806,09	1.517,29	155.000,00	155.000,00	580,73	291,93	13.000,00	13.000,00
60	1.862,14	1.553,39	150.000,00	150.000,00	636,78	328,03	13.000,00	13.000,00
61	1.928,64	1.599,94	150.000,00	150.000,00	703,28	374,58	13.000,00	13.000,00
62	1.999,89	1.666,44	150.000,00	150.000,00	774,53	441,08	13.000,00	13.000,00
63	2.069,24	1.722,49	150.000,00	150.000,00	843,88	497,13	13.000,00	13.000,00
64	2.166,14	1.806,09	150.000,00	150.000,00	940,78	580,73	13.000,00	13.000,00
65	2.283,94	1.827,62	150.000,00	150.000,00	1.058,58	602,26	13.000,00	13.000,00
66	1.406,23	1.406,23	75.000,00	75.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
67	1.406,23	1.406,23	70.000,00	70.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
68	1.406,23	1.406,23	65.000,00	65.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
69	1.406,23	1.406,23	60.000,00	60.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
70	1.406,23	1.406,23	55.000,00	55.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00

Il premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" pari ad € 206,60 è compreso nel contributo versato al FASDAC.
A decorrere dal 71° e fino all'80° anno di età dell'Assicurato, il contributo sarà costituito esclusivamente dal premio per la forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali".

Tabella n° 5.3 – Destinazione del Premio Annuo per il Dirigente "a contribuzione agevolata" nominato "in sospensione degli obblighi contributivi" (comma 5.3 del punto 5 "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" della Sezione 1)

Età	Contributo totale		Premio "LTC" Forma temporanea	Premio "Infortuni"
	Maschi	Femmine	Maschi/Femmine	Maschi/Femmine
21	616,60	616,60	206,60	410,00
22	616,60	616,60	206,60	410,00
23	616,60	616,60	206,60	410,00
24	616,60	616,60	206,60	410,00
25	616,60	616,60	206,60	410,00
26	616,60	616,60	206,60	410,00
27	616,60	616,60	206,60	410,00
28	616,60	616,60	206,60	410,00
29	616,60	616,60	206,60	410,00
30	616,60	616,60	206,60	410,00
31	616,60	616,60	206,60	410,00
32	616,60	616,60	206,60	410,00
33	616,60	616,60	206,60	410,00
34	616,60	616,60	206,60	410,00
35	616,60	616,60	206,60	410,00
36	616,60	616,60	206,60	410,00
37	616,60	616,60	206,60	410,00
38	616,60	616,60	206,60	410,00
39	616,60	616,60	206,60	410,00
40	616,60	616,60	206,60	410,00
41	616,60	616,60	206,60	410,00
42	616,60	616,60	206,60	410,00
43	616,60	616,60	206,60	410,00
44	616,60	616,60	206,60	410,00
45	616,60	616,60	206,60	410,00
46	616,60	616,60	206,60	410,00
47	616,60	616,60	206,60	410,00
48	616,60	616,60	206,60	410,00
49	616,60	616,60	206,60	410,00
50	616,60	616,60	206,60	410,00
51	616,60	616,60	206,60	410,00
52	616,60	616,60	206,60	410,00
53	616,60	616,60	206,60	410,00
54	616,60	616,60	206,60	410,00
55	616,60	616,60	206,60	410,00
56	616,60	616,60	206,60	410,00
57	616,60	616,60	206,60	410,00
58	616,60	616,60	206,60	410,00
59	616,60	616,60	206,60	410,00
60	616,60	616,60	206,60	410,00
61	616,60	616,60	206,60	410,00
62	616,60	616,60	206,60	410,00
63	616,60	616,60	206,60	410,00
64	616,60	616,60	206,60	410,00
65	616,60	616,60	206,60	410,00
66	616,60	616,60	206,60	410,00
67	616,60	616,60	206,60	410,00
68	616,60	616,60	206,60	410,00
69	616,60	616,60	206,60	410,00
70	616,60	616,60	206,60	410,00

Il premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" pari ad € 206,60 è compreso nel contributo versato al FASDAC.
A decorrere dal 71° e fino all'80° anno di età dell'Assicurato, il contributo sarà costituito esclusivamente dal premio per la forma assicurativa "Infortuni professionali ed extraprofessionali".

Tabella n° 5.4 – Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1

Premio per polizza Invalidità permanente conseguente a malattia (fino al 65° anno di età)	**626,36**
Premio per la forma assicurativa Rendita collegata a problemi di non autosufficienza (forma temporanea con pagamento premio fino al 70° anno)	**206,60**
Premio per la polizza Esonero Pagamento Premi	**60,00**
Premio per la forma assicurativa Dread disease	**129,00**

Età	Temporanea caso morte				Dread Disease		Mista	
	Capitale assicurato maschi	Capitale assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine
21	520.000,00	520.000,00	282,47	100,28	26.000,00	26.000,00	3.663,43	3.845,62
22	520.000,00	520.000,00	291,09	104,47	26.000,00	26.000,00	3.654,81	3.841,43
23	520.000,00	520.000,00	303,78	109,09	26.000,00	26.000,00	3.642,12	3.836,81
24	520.000,00	520.000,00	313,90	113,69	26.000,00	26.000,00	3.632,00	3.832,21
25	520.000,00	520.000,00	316,43	116,52	26.000,00	26.000,00	3.629,47	3.829,38
26	520.000,00	520.000,00	316,43	118,46	26.000,00	26.000,00	3.629,47	3.827,44
27	520.000,00	520.000,00	316,43	123,74	26.000,00	26.000,00	3.629,47	3.822,16
28	520.000,00	520.000,00	322,24	132,59	26.000,00	26.000,00	3.623,66	3.813,31
29	520.000,00	520.000,00	333,93	141,13	26.000,00	26.000,00	3.611,97	3.804,77
30	510.000,00	510.000,00	337,98	149,09	25.500,00	25.500,00	3.607,92	3.796,81
31	500.000,00	500.000,00	340,14	148,12	25.000,00	25.000,00	3.605,76	3.797,78
32	490.000,00	490.000,00	348,15	155,93	24.500,00	24.500,00	3.597,75	3.789,97
33	470.000,00	470.000,00	354,11	165,64	23.500,00	23.500,00	3.591,79	3.780,26
34	450.000,00	450.000,00	365,03	179,11	22.500,00	22.500,00	3.580,87	3.766,79
35	435.000,00	435.000,00	359,93	193,99	21.750,00	21.750,00	3.585,97	3.751,91
36	420.000,00	420.000,00	357,88	215,21	21.000,00	21.000,00	3.588,02	3.730,69
37	410.000,00	410.000,00	357,13	231,41	20.500,00	20.500,00	3.588,77	3.714,49
38	390.000,00	390.000,00	353,83	240,19	19.500,00	19.500,00	3.592,07	3.705,71
39	370.000,00	370.000,00	351,58	247,38	18.500,00	18.500,00	3.594,32	3.698,52
40	350.000,00	350.000,00	349,78	251,22	17.500,00	17.500,00	3.596,12	3.694,68
41	340.000,00	340.000,00	349,43	253,33	17.000,00	17.000,00	3.596,47	3.692,57
42	310.000,00	310.000,00	331,23	224,83	15.500,00	15.500,00	3.614,67	3.721,07
43	290.000,00	290.000,00	327,03	215,23	14.500,00	14.500,00	3.618,87	3.730,67
44	265.000,00	265.000,00	318,53	198,68	13.250,00	13.250,00	3.627,37	3.747,22
45	240.000,00	240.000,00	302,53	180,73	13.000,00	13.000,00	3.643,37	3.765,17
46	225.000,00	225.000,00	292,92	172,33	13.000,00	13.000,00	3.652,98	3.773,57
47	205.000,00	205.000,00	295,53	159,03	13.000,00	13.000,00	3.650,37	3.786,87
48	190.000,00	190.000,00	286,43	152,03	13.000,00	13.000,00	3.659,47	3.793,87
49	175.000,00	175.000,00	278,03	147,53	13.000,00	13.000,00	3.667,87	3.798,37
50	170.000,00	170.000,00	268,53	138,53	13.000,00	13.000,00	3.677,37	3.807,37
51	165.000,00	165.000,00	258,43	123,88	13.000,00	13.000,00	3.687,47	3.822,02
52	160.000,00	160.000,00	276,83	138,23	13.000,00	13.000,00	3.669,07	3.807,67
53	160.000,00	160.000,00	310,93	143,98	13.000,00	13.000,00	3.634,97	3.801,92
54	160.000,00	160.000,00	314,03	152,03	13.000,00	13.000,00	3.631,87	3.793,87
55	160.000,00	160.000,00	328,03	161,78	13.000,00	13.000,00	3.617,87	3.784,12
56	155.000,00	155.000,00	374,58	191,23	13.000,00	13.000,00	3.571,32	3.754,67
57	155.000,00	155.000,00	441,08	221,63	13.000,00	13.000,00	3.504,82	3.724,27
58	155.000,00	155.000,00	497,13	269,13	13.000,00	13.000,00	3.448,77	3.676,77
59	155.000,00	155.000,00	580,73	291,93	13.000,00	13.000,00	3.365,17	3.653,97
60	150.000,00	150.000,00	636,78	328,03	13.000,00	13.000,00	3.309,12	3.617,87
61	150.000,00	150.000,00	703,28	374,58	13.000,00	13.000,00	3.242,62	3.571,32
62	150.000,00	150.000,00	774,53	441,08	13.000,00	13.000,00	3.171,37	3.504,82
63	150.000,00	150.000,00	843,88	497,13	13.000,00	13.000,00	3.102,02	3.448,77
64	150.000,00	150.000,00	940,78	580,73	13.000,00	13.000,00	3.005,12	3.365,17
65	150.000,00	150.000,00	1.058,58	602,26	13.000,00	13.000,00	2.887,32	3.343,64
66	75.000,00	75.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	4.451,39	4.451,39
67	70.000,00	70.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	4.451,39	4.451,39
68	65.000,00	65.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	4.451,39	4.451,39
69	60.000,00	60.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	4.451,39	4.451,39
70	55.000,00	55.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	4.451,39	4.451,39

L’ammontare del contributo totale dovuto sarà diminuito di € 206,60 (premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea) nel caso della contemporanea Prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore” e al FASDAC.

A decorrere dal 71° e fino al 75° anno di età dell'Assicurato, il contributo confluirà totalmente nella forma assicurativa "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale". - La polizza "Ponte" sarà prestata solo nei casi previsti ai punti 2 e 3 del Punto 16 "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1.

Tabella n° 5.5 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1)

Premio per polizza Invalidità permanente conseguente a malattia (fino al 65° anno di età)	**626,36**
Premio per la forma assicurativa Rendita collegata a problemi di non autosufficienza	
(forma temporanea con pagamento premio fino al 70° anno)	**206,60**
Premio per la polizza Esonero Pagamento Premi	**60,00**
Premio per la forma assicurativa Dread disease	**129,00**

Età	Temporanea caso morte				Dread Disease		Mista	
	Capitale assicurato maschi	Capitale assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine
21	520.000,00	520.000,00	282,47	100,28	26.000,00	26.000,00	3.033,81	3.216,00
22	520.000,00	520.000,00	291,09	104,47	26.000,00	26.000,00	3.025,19	3.211,81
23	520.000,00	520.000,00	303,78	109,09	26.000,00	26.000,00	3.012,50	3.207,19
24	520.000,00	520.000,00	313,90	113,69	26.000,00	26.000,00	3.002,38	3.202,59
25	520.000,00	520.000,00	316,43	116,52	26.000,00	26.000,00	2.999,85	3.199,76
26	520.000,00	520.000,00	316,43	118,46	26.000,00	26.000,00	2.999,85	3.197,82
27	520.000,00	520.000,00	316,43	123,74	26.000,00	26.000,00	2.999,85	3.192,54
28	520.000,00	520.000,00	322,24	132,59	26.000,00	26.000,00	2.994,04	3.183,69
29	520.000,00	520.000,00	333,93	141,13	26.000,00	26.000,00	2.982,35	3.175,15
30	510.000,00	510.000,00	337,98	149,09	25.500,00	25.500,00	2.978,30	3.167,19
31	500.000,00	500.000,00	340,14	148,12	25.000,00	25.000,00	2.976,14	3.168,16
32	490.000,00	490.000,00	348,15	155,93	24.500,00	24.500,00	2.968,13	3.160,35
33	470.000,00	470.000,00	354,11	165,64	23.500,00	23.500,00	2.962,17	3.150,64
34	450.000,00	450.000,00	365,03	179,11	22.500,00	22.500,00	2.951,25	3.137,17
35	435.000,00	435.000,00	359,93	193,99	21.750,00	21.750,00	2.956,35	3.122,29
36	420.000,00	420.000,00	357,88	215,21	21.000,00	21.000,00	2.958,40	3.101,07
37	410.000,00	410.000,00	357,13	231,41	20.500,00	20.500,00	2.959,15	3.084,87
38	390.000,00	390.000,00	353,83	240,19	19.500,00	19.500,00	2.962,45	3.076,09
39	370.000,00	370.000,00	351,58	247,38	18.500,00	18.500,00	2.964,70	3.068,90
40	350.000,00	350.000,00	349,78	251,22	17.500,00	17.500,00	2.966,50	3.065,06
41	340.000,00	340.000,00	349,43	253,33	17.000,00	17.000,00	2.966,85	3.062,95
42	310.000,00	310.000,00	331,23	224,83	15.500,00	15.500,00	2.985,05	3.091,45
43	290.000,00	290.000,00	327,03	215,23	14.500,00	14.500,00	2.989,25	3.101,05
44	265.000,00	265.000,00	318,53	198,68	13.250,00	13.250,00	2.997,75	3.117,60
45	240.000,00	240.000,00	302,53	180,73	13.000,00	13.000,00	3.013,75	3.135,55
46	225.000,00	225.000,00	292,92	172,33	13.000,00	13.000,00	3.023,36	3.143,95
47	205.000,00	205.000,00	295,53	159,03	13.000,00	13.000,00	3.020,75	3.157,25
48	190.000,00	190.000,00	286,43	152,03	13.000,00	13.000,00	3.029,85	3.164,25
49	175.000,00	175.000,00	278,03	147,53	13.000,00	13.000,00	3.038,25	3.168,75
50	170.000,00	170.000,00	268,53	138,53	13.000,00	13.000,00	3.047,75	3.177,75
51	165.000,00	165.000,00	258,43	123,88	13.000,00	13.000,00	3.057,85	3.192,40
52	160.000,00	160.000,00	276,83	138,23	13.000,00	13.000,00	3.039,45	3.178,05
53	160.000,00	160.000,00	310,93	143,98	13.000,00	13.000,00	3.005,35	3.172,30
54	160.000,00	160.000,00	314,03	152,03	13.000,00	13.000,00	3.002,25	3.164,25
55	160.000,00	160.000,00	328,03	161,78	13.000,00	13.000,00	2.988,25	3.154,50
56	155.000,00	155.000,00	374,58	191,23	13.000,00	13.000,00	2.941,70	3.125,05
57	155.000,00	155.000,00	441,08	221,63	13.000,00	13.000,00	2.875,20	3.094,65
58	155.000,00	155.000,00	497,13	269,13	13.000,00	13.000,00	2.819,15	3.047,15
59	155.000,00	155.000,00	580,73	291,93	13.000,00	13.000,00	2.735,55	3.024,35
60	150.000,00	150.000,00	636,78	328,03	13.000,00	13.000,00	2.679,50	2.988,25
61	150.000,00	150.000,00	703,28	374,58	13.000,00	13.000,00	2.613,00	2.941,70
62	150.000,00	150.000,00	774,53	441,08	13.000,00	13.000,00	2.541,75	2.875,20
63	150.000,00	150.000,00	843,88	497,13	13.000,00	13.000,00	2.472,40	2.819,15
64	150.000,00	150.000,00	940,78	580,73	13.000,00	13.000,00	2.375,50	2.735,55
65	150.000,00	150.000,00	1.058,58	602,26	13.000,00	13.000,00	2.257,70	2.714,02
66	75.000,00	75.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	3.821,77	3.821,77
67	70.000,00	70.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	3.821,77	3.821,77
68	65.000,00	65.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	3.821,77	3.821,77
69	60.000,00	60.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	3.821,77	3.821,77
70	55.000,00	55.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00	3.821,77	3.821,77

L’ammontare del contributo totale dovuto sarà diminuito di € 206,60 (premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea) nel caso della contemporanea Prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore” e al FASDAC.

A decorrere dal 71° e fino al 75° anno di età dell’Assicurato, il contributo confluirà totalmente nella forma assicurativa “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”.

La polizza "Ponte" sarà prestata solo nei casi previsti ai punti 2 e 3 del Punto 16 "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1.

Tabella n° 5.6 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 “Modalità di pagamento e utilizzo dei premi” della Sezione 1)

Premio per polizza Invalidità permanente conseguente a malattia (fino al 65° anno di età)	**626,36**
Premio per la forma assicurativa Rendita collegata a problemi di non autosufficienza (forma temporanea con pagamento premio fino al 70° anno di età)	**206,60**
Premio per la polizza Esonero Pagamento Premi	**60,00**
Premio per la forma assicurativa Dread disease	**129,00**

Età	Contributo totale		Temporanea caso morte				Dread Disease	
	Maschi	Femmine	Capitale assicurato maschi	Capitale assicurato femmine	Premio Maschi	Premio Femmine	Capitale Assicurato maschi	Capitale Assicurato femmine
21	1.304,43	1.122,24	520.000,00	520.000,00	282,47	100,28	26.000,00	26.000,00
22	1.313,05	1.126,43	520.000,00	520.000,00	291,09	104,47	26.000,00	26.000,00
23	1.325,74	1.131,05	520.000,00	520.000,00	303,78	109,09	26.000,00	26.000,00
24	1.335,86	1.135,65	520.000,00	520.000,00	313,90	113,69	26.000,00	26.000,00
25	1.338,39	1.138,48	520.000,00	520.000,00	316,43	116,52	26.000,00	26.000,00
26	1.338,39	1.140,42	520.000,00	520.000,00	316,43	118,46	26.000,00	26.000,00
27	1.338,39	1.145,70	520.000,00	520.000,00	316,43	123,74	26.000,00	26.000,00
28	1.344,20	1.154,55	520.000,00	520.000,00	322,24	132,59	26.000,00	26.000,00
29	1.355,89	1.163,09	520.000,00	520.000,00	333,93	141,13	26.000,00	26.000,00
30	1.359,94	1.171,05	510.000,00	510.000,00	337,98	149,09	25.500,00	25.500,00
31	1.362,10	1.170,08	500.000,00	500.000,00	340,14	148,12	25.000,00	25.000,00
32	1.370,11	1.177,89	490.000,00	490.000,00	348,15	155,93	24.500,00	24.500,00
33	1.376,07	1.187,60	470.000,00	470.000,00	354,11	165,64	23.500,00	23.500,00
34	1.386,99	1.201,07	450.000,00	450.000,00	365,03	179,11	22.500,00	22.500,00
35	1.381,89	1.215,95	435.000,00	435.000,00	359,93	193,99	21.750,00	21.750,00
36	1.379,84	1.237,17	420.000,00	420.000,00	357,88	215,21	21.000,00	21.000,00
37	1.379,09	1.253,37	410.000,00	410.000,00	357,13	231,41	20.500,00	20.500,00
38	1.375,79	1.262,15	390.000,00	390.000,00	353,83	240,19	19.500,00	19.500,00
39	1.373,54	1.269,34	370.000,00	370.000,00	351,58	247,38	18.500,00	18.500,00
40	1.371,74	1.273,18	350.000,00	350.000,00	349,78	251,22	17.500,00	17.500,00
41	1.371,39	1.275,29	340.000,00	340.000,00	349,43	253,33	17.000,00	17.000,00
42	1.353,19	1.246,79	310.000,00	310.000,00	331,23	224,83	15.500,00	15.500,00
43	1.348,99	1.237,19	290.000,00	290.000,00	327,03	215,23	14.500,00	14.500,00
44	1.340,49	1.220,64	265.000,00	265.000,00	318,53	198,68	13.250,00	13.250,00
45	1.324,49	1.202,69	240.000,00	240.000,00	302,53	180,73	13.000,00	13.000,00
46	1.314,88	1.194,29	225.000,00	225.000,00	292,92	172,33	13.000,00	13.000,00
47	1.317,49	1.180,99	205.000,00	205.000,00	295,53	159,03	13.000,00	13.000,00
48	1.308,39	1.173,99	190.000,00	190.000,00	286,43	152,03	13.000,00	13.000,00
49	1.299,99	1.169,49	175.000,00	175.000,00	278,03	147,53	13.000,00	13.000,00
50	1.290,49	1.160,49	170.000,00	170.000,00	268,53	138,53	13.000,00	13.000,00
51	1.280,39	1.145,84	165.000,00	165.000,00	258,43	123,88	13.000,00	13.000,00
52	1.298,79	1.160,19	160.000,00	160.000,00	276,83	138,23	13.000,00	13.000,00
53	1.332,89	1.165,94	160.000,00	160.000,00	310,93	143,98	13.000,00	13.000,00
54	1.335,99	1.173,99	160.000,00	160.000,00	314,03	152,03	13.000,00	13.000,00
55	1.349,99	1.183,74	160.000,00	160.000,00	328,03	161,78	13.000,00	13.000,00
56	1.396,54	1.213,19	155.000,00	155.000,00	374,58	191,23	13.000,00	13.000,00
57	1.463,04	1.243,59	155.000,00	155.000,00	441,08	221,63	13.000,00	13.000,00
58	1.519,09	1.291,09	155.000,00	155.000,00	497,13	269,13	13.000,00	13.000,00
59	1.602,69	1.313,89	155.000,00	155.000,00	580,73	291,93	13.000,00	13.000,00
60	1.658,74	1.349,99	150.000,00	150.000,00	636,78	328,03	13.000,00	13.000,00
61	1.725,24	1.396,54	150.000,00	150.000,00	703,28	374,58	13.000,00	13.000,00
62	1.796,49	1.463,04	150.000,00	150.000,00	774,53	441,08	13.000,00	13.000,00
63	1.865,84	1.519,09	150.000,00	150.000,00	843,88	497,13	13.000,00	13.000,00
64	1.962,74	1.602,69	150.000,00	150.000,00	940,78	580,73	13.000,00	13.000,00
65	2.080,54	1.624,22	150.000,00	150.000,00	1.058,58	602,26	13.000,00	13.000,00
66	516,47	516,47	75.000,00	75.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
67	516,47	516,47	70.000,00	70.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
68	516,47	516,47	65.000,00	65.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
69	516,47	516,47	60.000,00	60.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00
70	516,47	516,47	55.000,00	55.000,00	180,87	180,87	13.000,00	13.000,00

L’ammontare del contributo totale dovuto sarà diminuito di € 206,60 (premio per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea) nel caso della contemporanea Prosecuzione volontaria all’Associazione “Antonio Pastore” e al FASDAC.

La polizza “Ponte” sarà prestata solo nei casi previsti ai punti 2 e 3 del Punto 16 “Prosecuzione volontaria” contenuto nella Sezione 1.

Tabella n° 5.7 - Destinazione del Premio Annuo per il Prosecutore Volontario (comma 5.4 del punto 5 "Modalità di pagamento e utilizzo dei premi" della Sezione 1)

Età	Premio Annuo maschi	Premio Annuo femmine
55	1.322,32	2.378,96
56	1.385,39	2.495,81
57	1.453,61	2.622,66
58	1.527,60	2.761,10
59	1.608,37	2.912,66
60	1.696,69	3.079,30
61	1.793,36	3.263,19
62	1.899,68	3.466,30
63	2.017,33	3.691,89
64	2.148,02	3.943,28
65	2.293,72	4.224,63
66	2.456,14	4.539,69
67	2.637,46	4.892,82
68	2.841,54	5.292,01
69	3.074,09	5.746,73
70	3.342,31	6.270,25
71	3.655,68	6.881,00
72	4.027,93	7.603,99
73	4.480,52	8.478,10
74	5.045,17	9.564,88
75	5.775,36	10.964,33
76	6.770,00	12.855,73
77	8.225,35	15.611,43
78	10.602,06	20.086,78
79	15.283,55	28.830,06
80	29.172,22	54.647,73

Il premio annuo è stabilito in funzione dell'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza della forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita intera" e mantenuto fino al termine del piano di pagamento (80° anno di età assicurativa completo)

Convenzione 3182

SEZIONE N. 10

Documenti da presentare

Gli Assicurati o i loro aventi diritto per poter usufruire delle prestazioni relative alle forme assicurative della presente Convenzione nonché delle opzioni previste dalle stesse forme assicurative, devono necessariamente produrre la documentazione prevista dalle Condizioni di assicurazione, qui di seguito analiticamente riportata a seconda dei casi.

Si ricorda che per tutte le informazioni e le necessità riguardanti la Convenzione Antonio Pastore "3182", il punto di riferimento per gli Assicurati è sempre l'Intermediario Assidir.
Con una telefonata al Call Center - Servizio Convenzioni (02277981) o consultando il sito www.assidir.it, è possibile ottenere o reperire informazioni sulla propria posizione individuale e chiarimenti sulle condizioni contrattuali della Convenzione.
Richieste di informazioni e documentazione/modulistica per usufruire delle prestazioni delle forme assicurative della Convenzione, possono essere spedite o consegnate a:
Assidir S.r.l. - Via Stoppani 6 - 20129 Milano oppure inviate in formato digitale a:
info@assidir.it o, nei casi previsti, ad assidir@pec.it .

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

1. ENTRATA IN COPERTURA (ATTIVAZIONE DELLE POLIZZE COLLETTIVE E DELLE POLIZZE CUMULATIVE)

"Modulo AB" (Adesione e Designazione dei Beneficiari): costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del singolo Assicurato ed una designazione dei Beneficiari, cui spettano le prestazioni delle garanzie "Temporanea caso morte monoannuale", "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale" e "Infortuni professionali ed extraprofessionali" in caso di premorienza dell'Assicurato stesso.
L'Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il "Modulo AB" corredandolo della copia del proprio documento di identità e, nel caso la designazione beneficiaria sia nominativa, di quello dei Beneficiari citati nel modulo stesso.
L'Associazione "Antonio Pastore" e il FASDAC, per il tramite dell'Intermediario cureranno l'invio del "Modulo AB" al singolo Dirigente al momento della nomina, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall'Assicurato, alle Società Delegatarie.
Il "Modulo AB" è compilabile e scaricabile anche dall'area riservata del sito dell'Intermediario all'indirizzo www.assidir.it .
La restituzione del "Modulo AB" e relativi allegati da parte dell'Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it.
Il "Modulo AB" è comprensivo delle informative:

- sui dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività, nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente;
- sulle notizie relative al modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite;
- sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti;
- sui costi e sulla quota parte percepita in media dall'Intermediario.

“Modulo DD” (Designazione Delegato): costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del singolo Assicurato e la designazione del delegato alla riscossione della Rendita collegata a problemi di non autosufficienza.
L’Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il “Modulo DD”.
Il FASDAC, per il tramite dell’Intermediario, curerà l’invio del “Modulo DD” al singolo Assicurato nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall’Assicurato, a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l’Assicurazione sulla Vita.
Il “Modulo DD” è compilabile e scaricabile anche dall’area riservata del sito dell’ Intermediario all’indirizzo www.assidir.it .
La restituzione del “Modulo DD” e relativi allegati da parte dell’Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta elettronica Certificata (PEC) da recapitare all’indirizzo assidir@pec.it .

2. VARIAZIONE DEI BENEFICIARI

L’Assicurato può chiedere la revoca e la modifica del/dei Beneficiario/i precedentemente designati cui spettano le prestazioni delle garanzie “Temporanea caso morte monoannuale”, “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” e “Infortuni professionali ed extraprofessionali” in caso di premorienza dell’Assicurato stesso.
A tal fine l’Assicurato potrà utilizzare l’apposito **“Modulo VB”** costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità dell’Assicurato e gli spazi necessari alla designazione del/dei nuovo/nuovi Beneficiario/i.
L’Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il “Modulo VB” ed allegare la copia del proprio documento di identità e quello del/dei Beneficiario/i designato/i.
A richiesta dell’Assicurato l’Associazione “Antonio Pastore“ per il tramite dell’Intermediario, curerà l’invio del “Modulo VB” al singolo Assicurato, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall’Assicurato, alle Società Delegatarie.
Le stesse Società Delegatarie provvederanno alla registrazione dei nuovi Beneficiari e all’emissione, a chiusura e conferma dell’intera operazione, di apposita appendice di variazione che l’Intermediario trasmetterà all’Assicurato.
Il “Modulo VB” è anche scaricabile dal sito dell’Intermediario all’indirizzo www.assidir.it
La restituzione del “Modulo VB” e relativi allegati da parte dell’Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta elettronica Certificata (PEC) da recapitare all’indirizzo assidir@pec.it .
Si ricorda che la revoca e la modifica del/dei Beneficiario/i precedentemente designato/i, ha effetto anche per le precedenti Convenzioni “Antonio Pastore” 3049, 3108, 3140 e 3175. Non ha invece alcun effetto sulla Convenzione “Previr”, che ha preceduto le Convenzioni “Antonio Pastore” fino al 31/12/1997.

3. VARIAZIONE DEL DELEGATO

L’Assicurato può chiedere la revoca e la modifica del Delegato alla riscossione della rendita collegata a problemi di non autosufficienza precedentemente designato.
A tal fine l’Assicurato potrà utilizzare l’apposito **“Modulo VD”** costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità dell’Assicurato e gli spazi necessari alla designazione del nuovo Delegato.

L'Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il "Modulo VD" ed allegare la copia del proprio documento di identità e quello del Delegato designato.
A richiesta dell'Assicurato il FASDAC, per il tramite dell'Intermediario, curerà l'invio del "Modulo VD" al singolo Assicurato, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall'Assicurato, a CNP Vita Assicura S.p.A., Delegataria per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita.

Il "Modulo VD" è anche scaricabile dall'area pubblica del sito dell'Intermediario all'indirizzo www.assidir.it .
La restituzione del "Modulo VD" e relativi allegati da parte dell'Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

4. PROSECUZIONE VOLONTARIA

"Modulo PV" (Domanda di Prosecuzione Volontaria): nei casi di prosecuzione volontaria, costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del singolo Assicurato e la richiesta di prosecuzione volontaria.
L'Assicurato dovrà compilare, datare e sottoscrivere il "Modulo PV".
A richiesta dell'Assicurato l'Associazione "Antonio Pastore", per il tramite dell'Intermediario, curerà l'invio del "Modulo PV" al singolo Assicurato, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall'Assicurato, a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita.
Il "Modulo PV" è compilabile e scaricabile anche dall'area riservata del sito dell'Intermediario all'indirizzo www.assidir.it .
La restituzione del "Modulo PV" e relativi allegati da parte dell'Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

Si ricorda che la domanda di Prosecuzione Volontaria può essere richiesta dagli Assicurati che si trovino in una delle situazioni descritte ai punti 1, 2, 3 e 4 del Punto 16 "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1 della Convenzione e che non abbiano riscattato totalmente la propria posizione assicurativa.

5. ADESIONE ALLA GARANZIA DI RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA nella forma "a Vita intera"

"Modulo LTC" (Domanda di Adesione alla "Garanzia di rendita collegata a problemi di non autosufficienza" (forma "a Vita Intera"): costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del singolo Assicurato e la richiesta di adesione alla suddetta garanzia prevista dalla presente Convenzione.
L'Assicurato dovrà compilare datare e sottoscrivere il "Modulo LTC".
A richiesta dell'Assicurato l'Associazione "Antonio Pastore", per il tramite dell'Intermediario, curerà l'invio del "Modulo LTC" al singolo Assicurato, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevutolo, compilato e sottoscritto dall'Assicurato, a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita.
Il "Modulo LTC" è scaricabile anche dall'area pubblica del sito dell'Intermediario all'indirizzo www.assidir.it .

La restituzione del “Modulo LTC” e relativi allegati da parte dell’Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta elettronica Certificata (PEC) da recapitare all’indirizzo assidir@pec.it .
Si ricorda che la richiesta di adesione alla garanzia di “Rendita collegata a problemi di non autosufficienza” nella forma “a Vita Intera” potrà essere presentata dai prosecutori volontari alla sola “Associazione Antonio Pastore”.

La richiesta di adesione non potrà essere presentata prima del raggiungimento del 55° anno di età assicurativa. L’accettazione della domanda è subordinata alla valutazione dello stato di salute dell’Assicurato.

6. RISCATTO TOTALE (garanzia “mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale”)

Il riscatto totale delle forme assicurative “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” della presente Convenzione e della Convenzione 3175 e “Capitale differito a premio unico con controassicurazione e rivalutazione annua del capitale” - quest’ultima se presente nelle precedenti Convenzioni 3049,3108 e 3140, può essere richiesto solo dagli Assicurati che abbiano cessato l’attività di servizio con la qualifica di Dirigente.

Per il caso previsto dal presente punto 6. dovrà essere trasmessa, a cura dell’Assicurato, al Contraente o all’Intermediario, la seguente documentazione:

a. “Modulo DL” (Domanda di Liquidazione) compilato in tutte le sue parti;
b. copia di un valido documento di identità;
c. comunicazione che attesti la cessazione dell’attività lavorativa in qualità di Dirigente del Terziario della Distribuzione e dei Servizi redatta dall’Azienda presso cui l’Assicurato ha prestato servizio.

L’Associazione “Antonio Pastore”, avvalendosi dell’Intermediario che curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta, provvederà ad inviare la stessa a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l’Assicurazione sulla Vita.
Il “Modulo DL” è scaricabile anche dall’area pubblica del sito dell’Intermediario all’indirizzo www.assidir.it .
La restituzione del “Modulo DL” e relativi allegati da parte dell’Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all’indirizzo assidir@pec.it .

Si ricorda che il riscatto totale richiesto dall’Assicurato comporterà anche la liquidazione totale delle polizze “Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale” e “Capitale differito con controassicurazione e rivalutazione annua del capitale” eventualmente in vigore sulle precedenti Convenzioni “Antonio Pastore” 3049, 3108, 3140 e 3175.
La posizione assicurativa sarà chiusa e, di conseguenza, cesseranno di validità anche le altre eventuali garanzie assicurative in essere.

Prima di procedere al riscatto della posizione è opportuno sapere che:
- la cessazione dell’attività di Dirigente non implica obbligatoriamente ed automaticamente la liquidazione della prestazione della Garanzia “Mista”;

- qualora l'Assicurato decidesse di non richiedere la Prosecuzione Volontaria (vedi punto 4.), può lasciare il Capitale maturato in gestione agli assicuratori (al massimo fino al raggiungimento del 75° anno di età) che continueranno a rivalutarlo regolarmente, secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza contenute nella Sezione 2.

7. RISCATTO PARZIALE (garanzia "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale")

Per il caso previsto dal presente punto 7. dovrà essere trasmessa, a cura dell'Assicurato, al Contraente o all'Intermediario, la seguente documentazione:

a. **"Modulo LP"** (Domanda di Liquidazione Parziale) compilato in tutte le sue parti;
b. copia di un valido documento di identità;
c. comunicazione che attesti la cessazione dell'attività lavorativa in qualità di Dirigente del Terziario della Distribuzione e dei Servizi redatta dall'Azienda presso cui l'Assicurato ha prestato servizio.

Nel caso la richiesta di riscatto parziale sia presentata dall'Assicurato a seguito degli eventi previsti alla lettera b. - Art. 11 "Riscatto totale e riscatto parziale" contenuto nella Sezione 2, oltre a quanto sopra previsto alle lettere a. e b., l'Assicurato dovrà produrre:

1. documentazione medica dalla quale si evinca la patologia che ha colpito l'Assicurato o i figli o il coniuge/convivente;
2. nel caso di coniuge, convivente o figlio, produrre lo stato di famiglia o documento equipollente.
3. nel caso di non autosufficienza il "modello liquidativo LTC" (vedi successivo punto 13.) compilato e sottoscritto anche dal medico curante.

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi dell'Intermediario che curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta, provvederà ad inviare la stessa a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita.

La restituzione del "Modulo LP" e relativi allegati da parte dell'Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

Si ricorda che il riscatto parziale può essere richiesto solo dagli Assicurati che abbiano cessato l'attività di servizio con la qualifica di Dirigente e dai prosecutori volontari, oppure, nella misura massima del 50% del Capitale maturato, dal Dirigente di Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi ancora in servizio, in caso di gravi malattie o non autosufficienza propria, dei figli o del coniuge/convivente come risultante dallo stato di famiglia o documento equipollente.
L'elenco delle gravi patologie è indicato alla lettera b. - Art. 11 "Riscatto totale e riscatto parziale" contenuto nella Sezione 2.

8. CONVERSIONE DEL CAPITALE IN RENDITA (garanzia "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del capitale")

Per il caso previsto dal presente punto 8. dovrà essere trasmessa, a cura dell'Assicurato, al Contraente o all'Intermediario, la seguente documentazione:

a. **"Modulo LR"** (Domanda di Conversione del Capitale in Rendita) compilato in tutte le sue parti;
b. copia di un valido documento di identità;
c. comunicazione che attesti la cessazione dell'attività lavorativa in qualità di Dirigente del Terziario della Distribuzione e dei Servizi redatta dall'Azienda presso cui l'Assicurato ha prestato servizio.

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi dell'Intermediario che curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta, provvederà ad inviare la stessa a CNP Vita Assicura S.p.A. Delegataria per le polizze collettive per l'Assicurazione sulla Vita.

La restituzione del "Modulo LR" e relativi allegati da parte dell'Assicurato, può avvenire tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

Si ricorda che la conversione del capitale in rendita può essere richiesta solo dagli Assicurati che abbiano cessato l'attività di servizio con la qualifica di Dirigente e dai prosecutori volontari. La scelta di conversione del capitale in rendita (nella forma e con il frazionamento scelti nell'ambito delle possibilità previste) risulta irrevocabile. Durante la fase di erogazione della rendita non è pertanto possibile ottenere la liquidazione del capitale.

9. DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato, il/i Beneficiario/i o gli aventi diritto dovranno produrre a CNP Vita Assicura S.p.A., avvalendosi dell'Intermediario, la seguente documentazione:

1. Richiesta di liquidazione redatta a sottoscritta da parte del/i Beneficiario/i;
2. Certificato di morte dell'Assicurato;
3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Le richieste di liquidazione incomplete comportano tempi di gestione più lunghi.

1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:
   Le richieste di liquidazione possono pervenire a CNP Vita Assicura S.p.A.:

   a) tramite l'Intermediario attraverso la compilazione del Modulo di Richiesta di Liquidazione;

   b) utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet www.gruppocnp.it;

c) in carta semplice, inviandola direttamente a CNP Vita Assicura S.p.A., Via Arbe n. 49 - 20161 Milano - a mezzo raccomandata A.R..

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione, l'Intermediario ed i Beneficiari si chiede a questi ultimi di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità di pervenimento scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE: la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di Convenzione e la matricola dell'Assicurato deceduto;
- MODALITÀ DI PAGAMENTO: occorre sottoscrivere ed indicare il/i codice/i IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo/i dell'intestatario o intestatari sul quale o sui quali la Società Delegataria effettuerà il pagamento di quanto dovuto. Si segnala che il/i conto/i corrente/i deve/devono essere intestato/i al/ai Beneficiario/i della prestazione assicurativa;
- DOCUMENTO D'IDENTITÀ: copia di un valido documento di identità del o dei Beneficiari;
- CODICE FISCALE: copia del codice fiscale del o dei Beneficiari;
- CONTATTO: indicare un indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del o dei Beneficiari;
- P.E.P.: occorre indicare se i Beneficiari siano Persone Esposte Politicamente;
- FATCA/CRS: occorre dichiarare se il o i Beneficiari abbiano una residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o se si possieda la cittadinanza o si abbia la sede legale negli USA. In caso affermativo dovrà essere fornito il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando il modello W 9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto);
- LEGAME TRA IL BENEFICIARIO E L'ASSICURATO: occorre indicare il legame esistente tra il/i Beneficiario/i della prestazione assicurativa e l'Assicurato;

2. CERTIFICATO DI MORTE DELL'ASSICURATO:
   Documento rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO:
   Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: "*Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:*"

a. in caso di assenza di testamento

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui il/i Beneficiario/i sia/siano l'erede o gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;

b. In caso di esistenza di testamento

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui il/i Beneficiario/i sia/siano l'erede o gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui il/i Beneficiario/i sia/siano l'erede o gli eredi testamentario/i: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. DOCUMENTAZIONE MEDICA (solo per Garanzia Temporanea Caso Morte):
   Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante solo in caso di decesso durante il periodo di carenza (fac simile disponibile sul sito www.gruppocnp.it), compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso.

5. VERBALE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA (solo per Garanzia Temporanea Caso Morte):
   In caso di morte violenta – infortunio, omicidio o suicidio - oltre all'eventuale documentazione necessaria sopra menzionata, la Società Delegataria

necessita ricevere copia del Verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Se il/i Beneficiario/i riscontri/riscontrino particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo, può/possono conferire specifico mandato affinché sia la Società Delegataria stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui/loro nell'acquisizione della stessa.

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:
in questo caso la Società Delegataria necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- copia del Decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.gruppocnp.it nella sezione "moduli" -);
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore);
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore);

PRESENZA DI UN PROCURATORE:
in questo caso la Società Delegataria necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- copia della procura autenticata dalle autorità competenti, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie);
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore);
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore);

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETA':
in questo caso la Società Delegataria necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà;
- copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore), ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;
- indirizzo e-mail e\o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;
- indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP);

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa necessita ricevere:

- dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore), dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE:
in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D.Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza

  oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta: nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
  - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
  - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dal/dai beneficiario/i / erede/i.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il/i Beneficiario/i firma/firmano la richiesta di liquidazione presso l'Intermediario
  oppure

- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente a CNP Vita Assicura S.p.A., la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte di CNP Vita Assicura S.p.A..

10. MALATTIA GRAVE

In caso di insorgenza di malattia grave dell'Assicurato Generali Italia S.p.A., Società delegataria della forma assicurativa "Assicurazione temporanea monoannuale in caso di malattia grave (Dread Disease)" dovrà ricevere, avvalendosi dell'Intermediario, la seguente documentazione:

1. Richiesta di liquidazione redatta e sottoscritta da parte dell'Assicurato;
2. Modulistica Privacy;
3. Documentazione medica a supporto della richiesta.

La documentazione dovrà pervenire a Generali Italia S.p.A. per il tramite dell'Intermediario.

Le richieste di liquidazione incomplete comportano tempi di gestione più lunghi.

1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

La richiesta di liquidazione, preferibilmente redatta sul "Modulo per la Richiesta di Liquidazione in caso di Malattia Grave" predisposto dalla Società Delegataria, dovrà contenere le seguenti informazioni e allegati:

- sottoscrizione da parte dell'Assicurato, numero di Convenzione e matricola dell'Assicurato;
- IBAN completo intestato all'Assicurato (con indicazione dell'eventuale cointestatario) sul quale la Società Delegataria effettuerà il pagamento di quanto dovuto. Il conto corrente deve essere intestato all'Assicurato, quale Beneficiario della prestazione assicurativa;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico dell'Assicurato;
- indicazione se l'Assicurato sia "Persona Esposta Politicamente";

Il "Modulo per la Richiesta di Liquidazione in caso di Malattia Grave" è scaricabile anche dall'area pubblica del sito dell'Intermediario all'indirizzo www.assidir.it (sezione "risorse utili / cosa fare in caso di sinistro).

2. MODULISTICA PRIVACY

La documentazione descritta al precedente punto 1. dovrà essere inoltrata insieme all'informativa e consenso sul trattamento dei dati personali sottoscritti dall'Assicurato.

3. DOCUMENTAZIONE MEDICA

- relazione medica redatta da un medico specialista che evidenzi la specifica malattia grave sofferta dall'Assicurato;
- lettera di dimissione ospedaliera o certificato dello specialista da cui risulti la diagnosi della malattia, la data d'insorgenza, l'origine incidentale o patologica e le informazioni clinico-strumentali idonee a classificare la malattia tra quelle oggetto di assicurazione;
- eventuale ulteriore documentazione sanitaria a supporto della richiesta.

Ai fini della definizione della pratica, solo se strettamente necessario, la Società Delegataria si riserva di chiedere all'Assicurato, per il tramite dell'Intermediario, ulteriore documentazione.

Se l'Assicurato intende avvalersi dell'"Aiuto Immediato" (come previsto all'Art. 6 "Aiuto Immediato" - Sezione 4), deve inoltre produrre necessariamente:

- In caso di ictus: certificato dello specialista neurologo che accerti la presenza di un danno neurologico (anche se non ancora qualificabile come permanente) che comporti per l'Assicurato almeno una delle condizioni elencate all'Art 4 "Malattie Gravi" contenuto nella Sezione 4 - paragrafo "Ictus". Il Certificato deve essere prodotto entro 90 giorni dalla prima diagnosi di ictus.
- In caso di trapianto di uno degli organi principali: certificato di un medico specialista (non necessariamente chirurgo) che attesti la necessità di trapianto

di uno degli organi principali elencati all'Art 4 "Malattie Gravi" contenuto nella Sezione 4 - paragrafo "Trapianto degli organi principali".

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

INTERDETTI/INCAPACI:
in questo caso la Società Delegataria necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione, preferibilmente redatta sul "Modulo per la Richiesta di Liquidazione in caso di Malattia Grave", sottoscritta dal legale rappresentante (Tutore/Amministratore di Sostegno) completa delle modalità di pagamento;
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del legale rappresentante;
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante;

Dopo aver valutato la liquidabilità della prestazione, la Società Delegataria richiederà la produzione di un apposito Decreto del Giudice Tutelare, che autorizzi il legale rappresentante ad incassare l'importo spettante al soggetto tutelato (l'Assicurato).
Si precisa, a tal proposito, che le prestazioni derivanti dalle polizze assicurative rientrano nella straordinaria amministrazione.

PRESENZA DI UN PROCURATORE:
in questo caso la Società Delegataria necessita ricevere:

- richiesta di liquidazione, preferibilmente redatta sul "Modulo per la Richiesta di Liquidazione in caso di Malattia Grave", sottoscritta dal procuratore (esecutore) completa delle modalità di pagamento;
- copia della procura autenticata dalle autorità competenti, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la prestazione della polizza, indicandone il numero. Si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie;
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore);
- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore).

11. INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

Al verificarsi dell'evento previsto dal presente punto 11., dovrà essere trasmessa, a cura dell'Assicurato o chi per esso, all'Intermediario o alla Società Delegataria:

a. richiesta di indennizzo redatta e sottoscritta;
b. recente documentazione sanitaria e/o parere medico dai quali emerga che la patologia oggetto della denuncia possa determinare un'Invalidità Permanente;

c. informazioni relative al decorso della Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
d. tutta la documentazione sanitaria che Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. dovesse richiedere per l'istruzione e valutazione della Malattia denunciata.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato.
Si ricorda che Il grado di Invalidità Permanente viene valutato con le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia.

l'Intermediario curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta, provvederà ad inviare la stessa a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
La documentazione richiesta all'Assicurato può essere recapitata all'Intermediario tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

12. INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO

Al verificarsi dell'evento previsto dal presente punto 12., se causato da Malattia, l'Assicurato o chi per esso dovrà trasmettere all'Intermediario o alla Società Delegataria tutta la documentazione prevista al precedente punto 11.
Se la causa dell'Invalidità totale e permanente è un infortunio, l'Assicurato o chi per esso dovrà trasmettere all'Intermediario:

a. la richiesta di indennizzo redatta e sottoscritta, corredata da certificato medico e contenente l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
b. ulteriori certificati medici che documentino il decorso delle lesioni;
c. certificato di stabilizzazione o di avvenuta guarigione con postumi invalidanti, redatto dal medico curante.

L'Assicurato deve consentire a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.
L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. e a fornire tutta la documentazione sanitaria sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Intermediario curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta e provvederà ad inviare la stessa a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
La documentazione richiesta all'Assicurato può essere recapitata all'Intermediario tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

13. STATO DI DIPENDENZA TOTALE E PERMANENTE (NON AUTOSUFFICIENZA)

Al verificarsi dell'evento previsto dal presente punto 13. dovrà essere trasmessa, a cura dell'Assicurato o chi per esso, all'Intermediario o alla Società Delegataria:

a. la richiesta di indennizzo redatta e sottoscritta dall'Assicurato;
b. tutta la documentazione sanitaria che CNP Vita Assicura S.p.A. richiederà per l'istruzione e valutazione del sinistro denunciato compreso l'apposito "Modello liquidativo".

l'Intermediario curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta e provvederà ad inviare la stessa a CNP Vita Assicura S.p.A.
La documentazione richiesta all'Assicurato può essere recapitata all'Intermediario tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

14. PERDITA D'IMPIEGO

Al verificarsi di uno degli eventi previsti dal presente punto 14. dovrà essere trasmessa, a cura dell'Assicurato all'Intermediario o alla Società Delegataria, la richiesta di indennizzo effettuata compilando e sottoscrivendo l'apposito "modulo di denuncia sinistro" e la documentazione di seguito indicata:

eventi

- **a** licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
- **b** licenziamento per rifiuto di trasferimento;
- **c** licenziamento per fallimento o cessazione dell'attività dell'azienda;
- **d** licenziamento a seguito di superamento del periodo di comporto;
- **e** dimissioni dell'Assicurato per giusta causa.

1. per gli eventi di cui alle lett. a), c), d):
   1.1) lettera di licenziamento ricevuta dall'Assicurato contenente motivazione specifica;

2. per gli eventi di cui alla lett. b):
   2.1) lettera di trasferimento, risposta di mancata accettazione da parte dell'Assicurato e successiva lettera di licenziamento;

3. per gli eventi di cui alle lett. a), b):
   3.1) atto formale di impugnazione del licenziamento;

4. per gli eventi di cui alla lett. e):
   4.1) lettera di dimissioni, formalmente allegata e specificata, regolarmente ricevuta dall'azienda presso la quale l'Assicurato ha prestato servizio;

4.2) eventuale provvedimento del Collegio Arbitrale previsto dagli articoli dei CCNL regolanti le dimissioni per giusta causa.

Oltre a quanto sopra indicato, per tutti gli eventi è necessaria la presentazione della seguente documentazione:

A. lettera di assunzione e lettera di nomina dell'Assicurato a Dirigente, se successiva all'assunzione;
B. nel caso in cui non sia stato esperito il tentativo di conciliazione, dichiarazione dell'Assicurato attestante l'assenza di accordi, transazioni o conciliazioni relativi al licenziamento;
C. nel caso in cui sia stato esperito il tentativo di conciliazione, copia del verbale di accordo, transazione o conciliazione relativo al licenziamento;
D. copia di un documento di identità dell'Assicurato o altro documento attestante la data di nascita;
E. autocertificazione redatta dall'Assicurato attestante lo stato di non occupazione nella qualifica di Dirigente di Aziende del Terziario, della distribuzione e dei Servizi; successive autocertificazioni dovranno essere presentate trimestralmente a partire dalla data di erogazione della prestazione assicurata e per tutta la sua durata;
F. copia del permesso di soggiorno in caso di Assicurato extracomunitario;
G. consenso al trattamento dei dati personali;
H. formale impegno dell'Assicurato:
   H.1) a collaborare per consentire alla Società di svolgere, anche tramite persone di fiducia della Società stessa, le indagini e gli accertamenti necessari;
   H.2) a comunicare alla Società eventuali sentenze, accordi o transazioni relativi al licenziamento o alle dimissioni per giusta causa, intervenuti in ogni tempo rispetto alla presentazione della documentazione prevista dal presente articolo.

Per quanto previsto ai punti 1., 2. e 3. dell'Art. 5 – "Perdita d'Impiego" contenuto nella Sezione 7, l'Assicurato dovrà produrre documentazione attestante la data dei seguenti eventi:

i. deposito della sentenza di fallimento dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
ii. deposito del provvedimento ex art. 163 L.F. di ammissione alla procedura per concordato preventivo dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio;
iii. emanazione del decreto di ammissione alla procedura di "amministrazione straordinaria per aziende in crisi" dell'azienda nella quale l'Assicurato prestava servizio.

È fatto obbligo all'Assicurato di comunicare tempestivamente la cessazione del periodo di non occupazione.

l'Intermediario curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta e provvederà ad inviare la stessa a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. per l'istruzione del sinistro.

La documentazione richiesta all'Assicurato può essere recapitata all'Intermediario tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

15. INFORTUNIO

Al verificarsi dell'evento previsto dal presente punto 15., l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso con lettera raccomandata, PEC o altra forma documentabile all'Intermediario o alla Società Delegataria entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio stesso o da quando se ne è avuta la possibilità.
La denuncia dell'Infortunio, formulata utilizzando l'apposito modulo di "denuncia di sinistro infortunio" deve essere sottoscritta dall'Assicurato o da chi per esso e deve contenere:

a. generalità del dichiarante e dell'Assicurato;
b. data, ora e luogo dell'evento, oltre ad una circostanziata descrizione dei fatti e delle cause che hanno determinato l'Infortunio;
c. certificazione medica relativa all'accertamento e alle conseguenze dell'Infortunio, rilasciata da ambulatorio di pronto soccorso ospedaliero o da personale medico;
d. documentazione attestante la Retribuzione Di Fatto utile a determinare le somme assicurate.

L'Assicurato deve fornire a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. le informazioni necessarie per la gestione del Sinistro, produrre copia di tutta la documentazione sanitaria e di ogni ulteriore documentazione relativa al decorso dell'Infortunio, consentire le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari ed è altresì tenuto a sottoporsi agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. .

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in regime di day-hospital, l'Assicurato dovrà produrre copia conforme all'originale della cartella clinica e la scheda di dimissione ospedaliera.
Le spese per il rilascio della cartella clinica sono a carico dell'Assicurato.
Per gli Infortuni subiti all'estero l'Assicurato è tenuto a produrre la traduzione completa in italiano di tutta la documentazione relativa, ivi compresa la documentazione medica.
In mancanza le eventuali spese per la traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.
A maggior precisazione di quanto indicato al precedente punto d., l'Assicurato fornirà alla Società Delegataria una dichiarazione rilasciata dal proprio datore di lavoro, corredata da documentazione probante a supporto, attestante l'ammontare della Retribuzione Di Fatto utile a determinare le somme assicurate.

L'Intermediario curerà la verifica di tutta la documentazione raccolta e provvederà ad inviare la stessa a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
La documentazione richiesta all'Assicurato può essere recapitata all'Intermediario tramite raccomandata A.R. o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) da recapitare all'indirizzo assidir@pec.it .

Associazione Antonio Pastore

FASDAC

RIA/Mod/AB

AB ADESIONE E DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE ALLA CONVENZIONE ANTONIO PASTORE n. 3182 E DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

Il sottoscritto

COGNOME E NOME	MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA	COD. FISC.

DOCUMENTO DI IDENTITÀ	NUMERO	RILASCIATO DA	IN DATA

ADERISCE alla Convenzione Antonio Pastore n. 3182, stipulata dalla Associazione Antonio Pastore e dal Fasdac, per le garanzie assicurative da essa previste e DESIGNA - per le garanzie assicurative:

"**Temporanea caso morte monoannuale**" attiva per Dirigenti "a contribuzione ordinaria" e "a contribuzione agevolata";

"**Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione annua del Capitale**" attiva per Dirigenti "a contribuzione ordinaria";

"**Infortuni professionali ed extraprofessionali**" attiva per Dirigenti "a contribuzione ordinaria", "a contribuzione agevolata" e "a contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi";

quali beneficiari per il caso di premorienza – **i propri eredi (testamentari o, in mancanza, legittimi in parti uguali)** a meno che non venga compilato lo spazio sottostante con l'indicazione del NOME, COGNOME, DATA E LUOGO DI NASCITA e INDIRIZZO del/dei beneficiario/i.

Attenzione! La designazione effettuata sul presente modulo estende la sua efficacia anche alle precedenti Convenzioni "Antonio Pastore" n. 3175, 3140, 3108 e 3049, annullando ogni precedente designazione o variazione.
(In caso di designazione di più beneficiari, indicare anche le quote di riparto - in percentuale - fra gli stessi)

N.B. ANNULLARE, BARRANDO LO SPAZIO SOVRASTANTE, SE NON UTILIZZATO

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE

Il sottoscritto, inoltre:

DICHIARA

- **di aver letto e compreso** l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nelle condizioni di assicurazione della Convenzione (Punti 26 e 27 della Sezione 1), disponibile e consultabile anche nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it e di essere consapevole che il trattamento, anche tramite un processo decisionale automatizzato **dei propri dati**, è necessario per le finalità assicurative descritte nell'informativa stessa.
- **di aver ricevuto** in allegato al modulo:
  1. la comunicazione relativa ai costi a carico degli assicurati e della quota percepita in media dall'intermediario;
  2. la comunicazione informativa sui dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività di distribuzione e consulenza fornita nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente (Allegato 3 e 4);

Si impegna, nel caso fornisca dati personali di soggetti terzi (designazione esplicita dei beneficiari), a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (disponibile e consultabile nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it).

La documentazione contrattuale (Condizioni di assicurazione della Convenzione n. 3182) è disponibile sul sito www.assidir.it - sezione Associati Manageritalia / Dirigenti / Condizioni Contrattuali Antonio Pastore.

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE

AVVERTENZA: Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto dal dirigente, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R., ad **ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO** oppure tramite PEC all'indirizzo **assidir@pec.it**.

Associazione Antonio Pastore

FASDAC

DD DESIGNAZIONE DELEGATO

DESIGNAZIONE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE DELLA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA"

(Convenzione Antonio Pastore n. 3182)

Il sottoscritto

COGNOME E NOME		MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA	COD. FISC.	
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	RILASCIATO DA	IN DATA

DESIGNA COME DELEGATO INCARICATO ALLA RISCOSSIONE DELLA RENDITA DI NON AUTOSUFFICIENZA

PERSONA FISICA

COGNOME E NOME_____ CARTA DI IDENTITÀ N°_____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

CODICE FISCALE_____

INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____

RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

PERSONA GIURIDICA

RAGIONE SOCIALE_____

PARTITA IVA - CODICE FISCALE_____

INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____

RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

GENERALITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (Nel caso di persona giuridica)

COGNOME E NOME_____ CARTA DI IDENTITÀ N°_____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

CODICE FISCALE_____

INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____

RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

Dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nelle condizioni di assicurazione della convenzione (Punti 26 e 27 della Sezione 1) e comunque disponibile e consultabile nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it

Si impegna, nel caso fornisca dati personali di soggetti terzi (designazione esplicita del Delegato), a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nell'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE

IMPORTANTE

La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea è fornita dal FASDAC ai Dirigenti in attività di servizio "a contribuzione ordinaria", "a contribuzione agevolata", "a contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi" e ai propri Prosecutori volontari.

La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea è fornita dall'Associazione Antonio Pastore ai Prosecutori volontari alla sola Associazione.

La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a vita intera" è fornita dall'Associazione Antonio Pastore

AVVERTENZA: Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto dal dirigente, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R., ad **ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO** oppure tramite PEC all'indirizzo **assidir@pec.it**.

Associazione Antonio Pastore

VB VARIAZIONE DEI BENEFICIARI

VARIAZIONE DEI BENEFICIARI
CONVENZIONE ANTONIO PASTORE n° 3182

Il sottoscritto

COGNOME E NOME	MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA	COD. FISC.
INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO

CAP	CITTÀ	PROV.	INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI IDENTITÀ NUMERO	RILASCIATO DA	IN DATA

con riferimento alla Convenzione Antonio Pastore n. 3182 chiede che, a far data dalla presente, la designazione beneficiaria per il caso di premorienza per le garanzie assicurative "Temporanea caso morte monoannuale", "Mista a premio unico ricorrente con rivalutazione del capitale", "Infortuni professionali ed extraprofessionali" debba intendersi a favore

☐ Dei propri eredi. **(Testamentari o, in mancanza, legittimi in parti uguali)**
(ATTENZIONE! Barrando questa casella NON E' POSSIBILE UTILIZZARE lo spazio sottostante)

☐ Altro. Specificare, nello spazio sottostante, **NOME, COGNOME, LUOGO e DATA DI NASCITA, INDIRIZZO** del o dei beneficiario/i.

in caso di designazione di più beneficiari, indicare anche i CREDITI DI RIPARTO (in %) tra i beneficiari stessi.

ATTENZIONE La modifica della designazione beneficiari effettuata sulla Convenzione 3182 ha effetto anche per le Convenzioni precedenti (Convenzione "Antonio Pastore" 3175, 3140, 3108 e 3049). Non ha invece alcun effetto sulla Convenzione "Previr" che ha preceduto le Convenzioni "Antonio Pastore" fino al 31/12/1997

Dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dati personali contenuta nelle condizioni di assicurazione della convenzione (Punti 26 e 27 della Sezione 1) e si impegna, nel caso fornisca dati personali di soggetti terzi (designazione esplicita dei Beneficiari), a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nell'informativa suddetta comunque disponibile e consultabile nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:
documento di identità (in corso di validità) proprio e dei beneficiari designati (se barrata la casella "Altro")

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE

AVVERTENZA: Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto dall'assicurato, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R., ad **ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO** oppure tramite PEC all'indirizzo **assidir@pec.it**

Associazione Antonio Pastore

FASDAC

VD
VARIAZIONE DEL DELEGATO

VARIAZIONE DEL DELEGATO INCARICATO ALLA RISCOSSIONE DELLA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA"
(Convenzione Antonio Pastore n° 3182)

Il sottoscritto

COGNOME E NOME			MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA		COD. FISC.	
INDIRIZZO DI RESIDENZA			RECAPITO TELEFONICO
CAP	CITTÀ	PROV.	INDIRIZZO E-MAIL
DOCUMENTO DI IDENTITÀ NUMERO	RILASCIATO DA		IN DATA

CHIEDE CHE, A FAR DATA DALLA PRESENTE, LA DESIGNAZIONE DEL DELEGATO INCARICATO ALLA RISCOSSIONE DELLA RENDITA DI NON AUTOSUFFICIENZA DEBBA INTENDERSI A FAVORE DI:

PERSONA FISICA

COGNOME E NOME_____ CARTA DI IDENTITÀ N°_____
LUOGO E DATA DI NASCITA_____
CODICE FISCALE_____
INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____
RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

PERSONA GIURIDICA

RAGIONE SOCIALE_____
PARTITA IVA - CODICE FISCALE_____
INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____
RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

GENERALITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (Nel caso di persona giuridica)

COGNOME E NOME_____ CARTA DI IDENTITÀ N°_____
LUOGO E DATA DI NASCITA_____
CODICE FISCALE_____
INDIRIZZO_____ CAP_____ CITTÀ_____ PROV._____
RECAPITO TELEFONICO_____ E-MAIL_____

Dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dati personali contenuta nelle condizioni di assicurazione della Convenzione (Punti 26 e 27 della Sezione 1) e si impegna, nel caso fornisca dati personali di soggetti terzi (designazione esplicita del Delegato), a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nell'informativa suddetta comunque disponibile e consultabile nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it

IMPORTANTE

La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea è fornita dal FASDAC ai Dirigenti in attività di servizio "a contribuzione ordinaria", "a contribuzione agevolata", "a contribuzione agevolata" nominati "in sospensione degli obblighi contributivi" e ai propri Prosecutori volontari.
La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma Temporanea è fornita dall'Associazione Antonio Pastore ai Prosecutori volontari alla sola Associazione.
La garanzia di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a vita intera" è fornita dall'Associazione Antonio Pastore.

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE

AVVERTENZA: Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto dall'assicurato, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R., ad ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO oppure tramite PEC all'indirizzo assidir@pec.it

Associazione Antonio Pastore

PV DOMANDA DI PROSECUZIONE VOLONTARIA

DOMANDA DI PROSECUZIONE VOLONTARIA - CONVENZIONE ANTONIO PASTORE N. 3182

Il sottoscritto

COGNOME E NOME			MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA		COD. FISC.	
INDIRIZZO DI RESIDENZA			RECAPITO TELEFONICO
CAP	CITTÀ	PROV.	INDIRIZZO E-MAIL
DOCUMENTO DI IDENTITÀ NUMERO	RILASCIATO DA		IN DATA

dichiara:

☐ di aver risolto il rapporto di lavoro con l'azienda _____
in data _____ con eventuale riconoscimento della:
indennità sostitutiva del preavviso dal _____ al _____

☐ **(solo nel caso di aspettativa non retribuita)** di aver ottenuto assenso dall'azienda _____
_____ ad un periodo di aspettativa / permesso non retribuito
con decorrenza _____ e termine _____ (ove già prevista la data di termine)

☐ **(solo nel caso di AZIENDA INSOLVENTE)** di volersi sostituire all' azienda _____
_____ nel versamento dei contributi
con decorrenza _____ e termine _____ (se già nota la data di termine)

☐ **(solo nel caso di garanzia "Assicurazione Ponte")** di aver usufruito della prestazione
con decorrenza _____ e termine _____

☐ di essere socio dell'associazione territoriale _____
e di essere in regola con il pagamento della quota[1] FIRMA _____

[1]L'accettazione della domanda di prosecuzione volontaria è subordinata all'iscrizione all'Associazione Territoriale MANAGERITALIA.

chiede

di poter effettuare la prosecuzione volontaria alla Convenzione Antonio Pastore n.3182 con una delle seguenti modalità:

decorrenza dalla data del _____*, con il versamento del contributo trimestrale di

☐ **€ 1.241,97 (CONTRIBUTO ANNUALE € 4.967,86)** ☐ **€ 1.084,56 (CONTRIBUTO ANNUALE € 4.338,24)**

da destinare a tutte le coperture previste dalla Prosecuzione Volontaria alla Convenzione n 3182. "

☐ **CONTRIBUTO CONGRUO (VEDI TABELLA A PAG.2) A GARANTIRE ESCLUSIVAMENTE LE COPERTURE:****
- TEMPORANEA CASO MORTE (FINO AL 70° ANNO DI ETA')
- INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (FINO AL 65° ANNO DI ETA')
- DREAD DISEASE - Malattie gravi - (FINO AL 70° ANNO DI ETA')
- ESONERO PAGAMENTO PREMI (FINO AL 65° ANNO DI ETA')
- RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA NELLA FORMA "TEMPORANEA" (FINO AL 70°ANNO DI ETA')

☐ **CONTRIBUTO UTILE A GARANTIRE ESCLUSIVAMENTE LA FORMA ASSICURATIVA RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA NELLA FORMA "A VITA INTERA" (VEDI TABELLA A PAG. 3)**

* giorno successivo a quello di cessazione del rapporto di lavoro comprensivo di eventuale preavviso, o giorno di inizio aspettativa non retribuita, o giorno successivo a quello dell'ultimo periodo contributivo versato dall'azienda o giorno successivo a quello dell'ultimo periodo contributivo garantito dall'"Assicurazione ponte".

** l'"Assicurazione Ponte" contro il rischio della perdita d'impiego, è prestata solo per prosecuzione volontaria richiesta per azienda insolvente o per aspettativa non retribuita.

La contribuzione sarà decurtata del premio per la Garanzia di rendita collegata a problemi di non autosufficienza (forma temporanea) in caso di contemporanea prosecuzione volontaria al Fasdac

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE
_____	_____	_____

AVVERTENZA: Il presente modulo, comprensivo della pagina 6 di 6, debitamente compilato e sottoscritto dall'assicurato deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R., ad ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO oppure tramite PEC all'indirizzo assidir@pec.it

Associazione Antonio Pastore

LTC DOMANDA DI ADESIONE

DOMANDA DI ADESIONE ALLA FORMA ASSICURATIVA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA"

(CONVENZIONE "ANTONIO PASTORE 3182")

Il sottoscritto

GENERALITÀ DELL'ASSICURATO

COGNOME E NOME		MATRICOLA DEL DIRIGENTE
LUOGO E DATA DI NASCITA	COD. FISC.	

RESIDENZA DELL'ASSICURATO

INDIRIZZO			RECAPITO TELEFONICO
CAP	CITTÀ	PROV.	INDIRIZZO E-MAIL
DOCUMENTO DI IDENTITÀ NUMERO	RILASCIATO DA		IN DATA

Dichiara

☐ di svolgere dal ___ / ___ / _____ l'attività di dirigente presso la Spettabile _____

_____

oppure

☐ di essere prosecutore volontario alla Convenzione "Antonio Pastore" N. 3182 dal ___ / ___ / _____
con importo trimestrale di € _____

RICHIEDE DI ADERIRE ALLA FORMA ASSICURATIVA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA" NELLA FORMA "A VITA INTERA" (Tar. 11L7)

L'attivazione della garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a vita intera" può avvenire solo a partire dal 55° anno di età (età assicurativa) dell'Assicurato e può essere richiesta in alternativa alla garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea", dai Dirigenti e dai Prosecutori volontari.
Secondo quanto previsto agli Artt. 10 "Premio di assicurazione" e 15 "Durata della copertura assicurativa" contenuti nella Sezione 5 delle Condizioni di assicurazione della Convenzione 3182, il premio è dovuto fino al raggiungimento dell'80° anno di età (età assicurativa) compreso e la copertura assicurativa valida per tutta la vita dell'Assicurato.

Dichiara di aver di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (contenuta ai punti 26 e 27 della Sezione 1 delle Condizioni di Assicurazione della Convenzione 3182) consultabile nel Box Privacy presente in home page del sito www.assidir.it

IMPORTANTE

- Le modalità di attivazione della forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita Intera" sono regolamentate dal punto 16 "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1.
  Le condizioni di assicurazione sono contenute nella Sezione 5 della Convenzione 3182 disponibile sul sito www.assidir.it - sezione Associati Manageritalia / Dirigenti / Condizioni Contrattuali Antonio Pastore.
- All'attivazione della garanzia nella forma "a Vita Intera" sarà cessata la corrispondente garanzia nella forma "Temporanea" sia che quest'ultima risulti prestata dall'Associazione Antonio Pastore o dal FASDAC.

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE
_____	_____	_____

AVVERTENZA: Il presente modulo, compilato e sottoscritto dall' Assicurato, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R. ad ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO oppure tramite PEC all'indirizzo assidir@pec.it

CNP Vita Assicura S.p.A.
via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec: cnpvita_assicura@legalmail.it

Associazione Antonio Pastore

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE TOTALE

CONVENZIONE ANTONIO PASTORE - 3182

DL DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

INTERMEDIARIO: ASSIDIR S.r.l.

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (Assicurato)

COGNOME E NOME _____ MATRICOLA _____

C.F. _____ Professione _____

Codice SAE:

- ☐ **600** RESIDENTI IN ITALIA
- ☐ **774** RESIDENTI DEI PAESI UE **NON** DELL'AREA EURO
- ☐ **773** RESIDENTI DEI PAESI UE DELL'AREA EURO
- ☐ **775** RESIDENTI DEI PAESI **NON** UE

Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

CNP Vita Assicura S.p.A.
via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec: cnpvita_assicura@legalmail.it

Associazione Antonio Pastore

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PARZIALE

CONVENZIONE ANTONIO PASTORE - 3182

LP LIQUIDAZIONE PARZIALE

INTERMEDIARIO: ASSIDIR S.r.l.

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (Assicurato)

COGNOME E NOME _____ MATRICOLA _____

C.F. _____ Professione _____

Codice SAE: ☐ **600** RESIDENTI IN ITALIA ☐ **774** RESIDENTI DEI PAESI UE **NON** DELL'AREA EURO

☐ **773** RESIDENTI DEI PAESI UE DELL'AREA EURO ☐ **775** RESIDENTI DEI PAESI **NON** UE

Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

CNP Vita Assicura S.p.A.
via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec: cnpvita_assicura@legalmail.it

Associazione Antonio Pastore

DOMANDA DI CONVERSIONE DEL CAPITALE IN RENDITA

CONVENZIONI ANTONIO PASTORE 3049 – 3108 – 3140 – 3175 - 3182

LR LIQUIDAZIONE RENDITA

INTERMEDIARIO: ASSIDIR S.r.l.

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (Assicurato)

COGNOME E NOME _____ MATRICOLA _____

C.F. _____ Professione _____

Codice SAE:

- ☐ **600** RESIDENTI IN ITALIA
- ☐ **774** RESIDENTI DEI PAESI UE **NON** DELL'AREA EURO
- ☐ **773** RESIDENTI DEI PAESI UE DELL'AREA EURO
- ☐ **775** RESIDENTI DEI PAESI **NON** UE

Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____