



Assicurazione collettiva per il caso di morte e/o invalidità totale e permanente

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

Impresa che realizza il prodotto: AXA Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Valore Manager e Collaboratori

Data di realizzazione del documento: Ottobre 2022 - il DIP vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Valore Manager e Collaboratori è un'assicurazione collettiva di puro rischio, destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per la copertura del rischio di decesso (Formula A) o del rischio di decesso e di invalidità totale e permanente da ogni causa dei propri dipendenti e/o collaboratori (Formula B), il cui obbligo è derivante dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria (CCNL), regolamenti aziendali o accordi integrativi.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione è disponibile in due versioni:

- Temporanea caso morte, a copertura del solo rischio di decesso (Formula A);
- Temporanea caso morte e invalidità totale e permanente, a copertura dei rischi di decesso e di invalidità totale e permanente (Formula B).

A seconda della Formula prescelta le prestazioni garantite sono:

- Prestazione in caso di decesso:** erogazione a favore dei Beneficiari di un capitale in caso di morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- Prestazione in caso di invalidità totale e permanente:** corresponsione all'Assicurato di un capitale pari al capitale assicurato in caso di invalidità totale e permanente per qualsiasi causa.

Entrambe le Formule garantiscono anche la prestazione:

- Commorienza:** che prevede l'erogazione a favore dei Beneficiari (se minori di 18 anni e se conviventi con l'Assicurato) di un capitale pari al doppio del capitale previsto in caso di morte se, a causa di un infortunio determinato dal medesimo evento, consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge convivente non separato o del convivente more uxorio, entro un arco temporale di 5 (cinque) giorni.

L'importo della prestazione è determinato in conformità ai CCNL di categoria, ai regolamenti e/o accordi integrativi in vigore.

Nel caso delle Formula B, il Contratto prevede il pagamento del Capitale Assicurato **al verificarsi del primo evento**. Il pagamento della prestazione per invalidità totale e permanente determina quindi lo scioglimento del Contratto, pertanto nulla sarà dovuta dalla Società in caso di decesso successivo dell'Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

Le coperture assicurative non comprendono:

- × dolo del Contraente o del Beneficiario;
- × partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- × partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi altro tipo di operazione militare.

La copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile e il decesso sia avvenuto dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato stesso si trovasse già nel territorio dell'accadimento. L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un Paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa.

Altre esclusioni specifiche, legate alle caratteristiche del gruppo assicurato e alle modalità di adesione, sono pattuite contrattualmente.



Ci sono limiti di copertura?

Il Contratto non prevede periodi di carenza.

- ! Età assicurativa a scadenza degli Assicurati: \geq a 76 anni
- ! Limiti catastrofali: Importo massimo di EUR 21.000.000.
- ! Accertamenti sanitari obbligatori per:
 - gruppi di assicurati inferiori o uguali a 10 teste
 - oltre il Free Cover.

Altri limiti e/o sovrappremi e/o esclusioni specifici, emergenti in fase di valutazione medica dell'Assicurato, sono pattuiti contrattualmente.

Il Contratto non prevede periodi di carenza.



Dove vale la copertura?

- ✓ Il Contratto di assicurazione non prevede limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e il dovere di comunicare, nel corso del Contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute. In qualità di Contraente, devi comunicare alla Società le modifiche riguardanti il profilo degli Assicurati (es. modifiche inerenti lo status occupazionale) intervenute in corso di Contratto.
- Entro 30 gg dal decesso il Beneficiario dovrà trasmettere alla Società i seguenti documenti: denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario; copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale dei Beneficiari; Se prevista dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione; Certificato di morte dell'Assicurato; Relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso; Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumono le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, incidente stradale, suicidio, omicidio; Copia dell'accordo o Regolamento aziendale di designazione del Beneficiario se persona giuridica.
- In caso di Commorienza: la documentazione di cui al punto precedente deve essere integrata da Certificato di morte del coniuge, rilasciato dal comune di residenza; Stato di famiglia in carta semplice rilasciato dal Comune di residenza; Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso del coniuge, emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso, in cui si evinca chiaramente la dinamica dell'infortunio e l'effettiva commorienza con l'Assicurato, nello stesso evento di Sinistro.
- Entro 30 gg dal verbale (INPS/INAIL/altro ente) attestante l'invalidità totale permanente, l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società il suddetto verbale corredato dei seguenti documenti: denuncia di sinistro; copia di un documento di identità in corso di validità; copia del codice fiscale dell'Assicurato; certificato del medico curante; dichiarazione del datore di lavoro.

Altra eventuale ulteriore documentazione, compatibile con le disposizioni di legge applicabili, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato ed all'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato, secondo la tariffa per l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte o di invalidità permanente. Il premio annuo per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età assicurativa e l'importo del capitale assicurato. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio, riducendo i premi annui come sopra determinati in proporzione alla durata della copertura.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze utilizzando esclusivamente i mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate: assegno o vaglia; bonifico; bollettino postale; moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS-bancomat).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui al Contraente giunge notizia di accettazione da parte della Società.

Il Contratto di assicurazione decorre dalla Data indicata nella Proposta e riportata nel Certificato di assicurazione, ha durata non inferiore a 3 (tre) anni e si rinnova tacitamente alla scadenza, di anno in anno, salvo disdetta da comunicarsi tramite PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. Sono fatti salvi gli eventuali diversi termini di durata e disdetta concordati per iscritto tra il Contraente e la Società.

In forza del contratto viene accesa una copertura assicurativa mono-annuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun assicurato incluso nel contratto stesso.

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'assicurato alla sottoscrizione e alla ricorrenza annuale sia compresa tra 18 e 75 anni.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi l'età è quella prossima da compiere.



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

- Nella fase che precede la Conclusione del Contratto, Il Contraente può revocare la Proposta contrattuale dandone comunicazione alla Società mediante PEC o altro mezzo equivalente.
- Non è ammessa la facoltà di recesso, stante la natura collettiva del Contratto.
- Il Contraente può disdire il Contratto in qualsiasi momento tramite PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della sua scadenza annua.
- Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi, con conseguente scioglimento del Contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- In caso di mancato pagamento del Premio entro i termini previsti dal Contratto, l'Assicurazione e le relative coperture assicurative restano sospese dalle ore 00.00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24.00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le relative scadenze.