

T294

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
TEMPORANEA MONO – ANNUALE
PER IL CASO DI MORTE

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

- il Documento Informativo Precontrattuale (DIP Vita)
- il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita (DIP Aggiuntivo Vita)
- le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018
- Modulo di Adesione.

Assicurazione collettiva temporanea mono-annuale per il caso di morte

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

genertel

Genertel S.p.A.

Prodotto: Tariffa T294

Data di aggiornamento: 01/07/2023 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, che garantisce, per la durata del contratto, la copertura del rischio di morte degli Assicurati.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
✓ <u>Prestazione in caso di decesso</u>: il pagamento di una somma di denaro, per un valore corrispondente alla somma garantita, all'Assicurato in caso di morte di quest'ultimo da qualsiasi causa (fermo restando quanto previsto dagli Artt. 23, 24 e 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione), purché questa avvenga nel periodo di validità della copertura. ✓ <u>La somma assicurata</u>: ✓ Copertura Aggiuntiva individuale (T294): è data la possibilità agli Assicurati delle Condizioni Generali di Convenzione che già aderiscono alla Copertura Base (e alla Copertura Supplementare ove attivata dalla Cassa/Ente di appartenenza) di incrementare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la somma assicurata. Ciascun Assicurato potrà scegliere la somma assicurata aggiuntiva tra una delle opzioni sotto indicate - alternative tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base (e per la Copertura Supplementare ove attivata dalla Cassa/Ente di appartenenza). L'opzione C sarà attivabile esclusivamente da parte dell'Assicurato appartenente ad una Cassa/Ente che abbia già attivato a favore dei propri Professionisti e Pensionati la Copertura Collettiva Base ed almeno una delle opzioni previste per la Copertura Collettiva Supplementare. ✓ Opzione A o Opzione B (Art. 18): somma assicurata in base alla fascia di età di ciascuna opzione a condizione di aver aderito alla copertura Base; ✓ Opzione C (Art. 18): somma assicurata in base alla fascia di età dell'opzione C a condizione di aver aderito alla copertura Supplementare; ✓ La somma garantita nel caso di morte dell'Assicurato è data dal cumulo dei capitali che ciascuna Casse ed Enti di Previdenza, aderenti ad EMAPI, ha scelto in fase di sottoscrizione oltre all'eventuale somma di capitale assicurato dall'adesione di ciascun Assicurato alla copertura aggiuntiva individuale. ✓ La garanzia comprende anche il rischio del suicidio. ✓ Ulteriori specifiche sono contenute nel DIP Aggiuntivo.	✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato.

 Ci sono limiti di copertura?
--

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- ! attività dolosa del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile, ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dalla data di inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento e non sia luogo di residenza dell'Assicurato; l'esistenza di una situazione di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.



Che obblighi ho?

- I rischi verranno assunti dalla Società senza richiesta alcuna di documentazione sanitaria.
- L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di trasferimento della Sede/domicilio del Contraente/Associata o dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
- Sottoporre l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia e raccogliere il relativo consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), in deroga all'art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto.
- Il premio sarà regolarizzato, per il tramite della Contraente/Intermediario direttamente a Genertel S.p.A., tramite bonifico bancario.
- Le regolazioni avverranno su base annuale. Il Contraente è obbligato a comunicare alla Società entro 90 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società.
- L'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale con la scelta dell'opzione dovrà avvenire entro 90 giorni dall'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno per le quali è previsto un termine di 90 giorni dall'adesione stessa.
- Per la fattispecie di adesioni individuali riferite a Casse/Enti aderenti in corso d'anno, a parziale deroga di quanto riportato all'art. 21 delle condizioni generali di assicurazione e come indicato nella relativa appendice di integrazione, il premio verrà calcolato in 12esimi così come previsto per il premio collettivo, fermo restando che la decorrenza della copertura individuale avrà effetto dal momento dell'effettiva adesione e pagamento del premio.
- In caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa relativi alla copertura aggiuntiva individuale i premi saranno ridotti del 50%.
- Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- L'adesione al presente programma da parte delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e da essa ammesse alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazione emessi dalla Società per ogni

singola Cassa o Ente associato.

- E' data la possibilità per ciascun Assicurato di ampliare, su base individuale e volontaria, la copertura prevista dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione (ed eventualmente dall'Art. 18), così come stabilito all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Copertura Aggiuntiva Individuale (T294);
- I Certificati avranno scadenza uguale a quella della Convenzione e decorrenza definita dalla Contraente.
- Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.
- L'assicurazione opera dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato con tutti gli effetti di cui all'Art. 1 ultimo comma delle Condizioni Generali di Convenzione.
- La presente Convenzione opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la Convenzione Temporanea Caso Morte/TCM n. 20892 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione in scadenza alle ore 24:00 del 31.01.2023.
- L'assicurazione ha una durata di un anno e si rinnova automaticamente alla scadenza di anno in anno.
- In mancanza di disdetta, inviata con lettera raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale dei singoli certificati, questi sono prorogati per la durata di un anno, fermo restando il rinnovo della Convenzione alle medesime condizioni.
- Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.
- In caso di disdetta dei singoli Certificati, EMAPI provvederà a darne comunicazione alla Società entro 60 giorni dalla scadenza annuale.
- Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:
 - della ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di vita dell'Assicurato.
 - in caso di mancato rinnovo delle garanzie per gli iscritti di cui al I comma del presente articolo, la Cassa ed Ente di Previdenza aderente ad EMAPI non potrà rinnovare l'estensione a favore delle categorie indicate ai punti 1), 2) che precedono.
 - in caso di mancato pagamento dei premi il contratto si risolve e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.
 - dalla data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte relativamente alla posizione dei singoli Assicurati.
- Nel momento in cui viene concluso il contratto, il Contraente e/o l'Associata devono avere la Sede/domicilio in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.



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

- Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), in deroga all'art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo.
- Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati:
 - nel caso di disdetta, inviata dall'Assicurato con lettera raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale dei singoli certificati;
 - nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

Assicurazione collettiva temporanea mono-annuale per il caso di morte

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

genertel

Genertel S.p.A.

Prodotto: Tariffa T294

Data di aggiornamento: 01/07/2023 - Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Genertel S.p.A. ha sede legale in Italia, Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste TS – sito internet: www.genertel.it – PEC: genertel@pec.genertel.it – recapito telefonico: +39 040 2020271 – email per assistenza: servizio_clienti_vita@genertel.it

La Compagnia, iscritta al Registro delle Imprese della Venezia Giulia al n. 00320160237, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966. È iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00012, appartiene al Gruppo Generali, iscritto all'Albo IVASS dei gruppi assicurativi al n. 26, ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste.

Patrimonio netto della Società al 31/12/2022: 1.608 milioni di euro, di cui 685 milioni di euro relativi al capitale sociale e 1.236 milioni di euro al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità: 189% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (2.318 milioni di euro) e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità (1.224 milioni di euro) richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016.

Requisito patrimoniale minimo: 476 milioni di euro.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet: <https://www.genertel.it/chi-siamo>

NOTA:

Dati patrimoniali e SFCR da bilancio al 31/12/22 di Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., ora (dal 01/07/2023) Genertel S.p.A..

Info e aggiornamenti a seguito delle operazioni societarie che hanno interessato la Società con effetto 01/07/2023 saranno disponibili sul sito all'indirizzo <https://www.genertel.it/chi-siamo>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Suicidio:

- Per quanto riguarda la Copertura Base (T284), la Copertura Integrativa (T286 e T288) e la Copertura Supplementare (T290-T292), il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia fin dall'ingresso in polizza dell'Assicurato.
- Relativamente, invece alla Copertura Aggiuntiva Individuale (T294), il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia dopo un periodo di carenza di 2 anni dalla data di adesione.
- Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale (T294) prevista dalla presente Convenzione, il periodo di carenza di cui al presente comma inizierà a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.
- Per gli assicurati che abbiano attivato la Copertura Aggiuntiva Individuale in vigore della precedente Convenzione TCM n. 20892 stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza di 2 anni per il suicidio decorre dalla data di prima adesione, a condizione che la posizione scaduta alle ore 24.00 del 31.01.2023 venga rinnovata senza soluzione di continuità (e comunque entro 30 gg dalla scadenza) attivando una delle opzioni della Copertura Aggiuntiva Individuale previste all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione che garantisca una somma assicurata analoga, ovvero superiore nel limite del 10%, rispetto alla Copertura Aggiuntiva Individuale attivata con la Convenzione TCM scaduta. Nel caso in cui, invece, la somma assicurata della nuova opzione prescelta superi del 10% quella attivata in vigore della precedente Convenzione TCM n. 20892 EMAPI/Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza inizierà a decorrere nuovamente, limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza incrementata del suddetto 10%.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Periodo di carenza:

- Per la sola Copertura Aggiuntiva Individuale (T294 - tutte le opzioni) nel caso in cui il decesso sia conseguenza di patologie manifestatesi/diagnosticate/sottoposte ad accertamenti e/o cure prima della data di adesione e/o infortuni avvenuti prima di detta data, la garanzia decorre dopo un periodo di 1 anno dalla data di adesione del singolo Assicurato.
- Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale prevista dalla presente Convenzione, il periodo di carenza inizierà a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.
- Nel caso in cui l'Assicurato, in sede di rinnovo annuale, scelga di attivare una diversa opzione tra quelle previste per la Copertura Aggiuntiva Individuale, che preveda una somma assicurata più elevata rispetto all'opzione attivata in precedenza, il periodo di carenza inizierà a decorrere nuovamente limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza.
- Per gli assicurati che abbiano attivato la Copertura Aggiuntiva Individuale in vigore della precedente Convenzione TCM n. 20892 stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza è fissato in 1 anno dalla data di prima adesione, a condizione che la posizione scaduta alle ore 24:00 del 31.01.2023 venga rinnovata senza soluzione di continuità (e comunque entro 30 gg dalla scadenza) attivando una delle opzioni della Copertura Aggiuntiva Individuale previste all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, che garantisca una somma assicurata analoga, ovvero superiore nel limite del 10%, rispetto alla Copertura Aggiuntiva Individuale attivata con la Convenzione TCM scaduta. Nel caso in cui, invece, la somma assicurata della nuova opzione prescelta superi del 10% quella attivata in vigore della precedente Convenzione TCM n. 20892 EMAPI/Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza inizierà a decorrere nuovamente, limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza incrementata del suddetto 10%.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

- EMAPI si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli Assicurati e l'aggiornamento nel corso dell'anno dei dati, fornito dalle rispettive Casse ed Enti, tramite tracciato record.
- Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione della Cassa/Ente aderente ad EMAPI, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.
- L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.
- Consegnare agli Assicurati il SET Informativo – TCM num. 21208.

Denuncia di sinistro:

La denuncia di sinistro deve essere presentata alla Società tramite EMAPI ed EMAPI provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società.

In caso di decesso dell'assicurato:

La pratica dovrà contenere:

- la richiesta scritta di pagamento/modulo predisposto da EMAPI;
- la fotocopia di un documento d'identità valido del richiedente;
- Il codice fiscale del richiedente.

Inoltre:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla Società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'Assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 112; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti);
- indicazione dei beneficiari;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dai quali risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non sia stato impugnato e l'eventuale indicazione degli eredi legittimi e testamentari se i beneficiari caso morte

	sono indicati in modo generico; • eventuale copia del testamento pubblicato; • coordinate bancarie dei beneficiari; • eventuale documentazione obbligatoria ai sensi di legge. Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge. Liquidazione della prestazione: • La valutazione del sinistro (e in caso di accoglimento la liquidazione del capitale assicurato) sarà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società. • Al termine della valutazione del sinistro la Società invia al beneficiario ed in copia ad EMAPI una comunicazione sull'esito della valutazione effettuata così come gli eventuali motivi di reiezione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • di trattenere il premio. HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.



Quando e come devo pagare?

Premio	• Il premio annuale è versato dalle Associate tramite EMAPI in una unica rata annuale. All'inizio di ciascuna annualità EMAPI comunicherà alla Società, per ciascuna Cassa/Ente, il numero degli assicurati e la/e copertura/e collettiva/e attivata/e, sulla base dei quali verrà calcolato il premio da versare ed emessi i relativi documenti contabili. • I premi devono essere pagati alla Società tramite EMAPI.
Rimborso	Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	• Per le adesioni in forma collettiva le Associate avranno 60 giorni di tempo, dall'esplicita adesione alla Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche alla Contraente che avrà, a sua volta, 30 giorni per trasferirle alla Società. • Le garanzie "Copertura Base Collettiva", "Copertura Integrativa Collettiva" e "Copertura Supplementare Collettiva", sono destinate all'adesione collettiva dei Professionisti iscritti e Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.
Sospensione	Se non viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.



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

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

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

 Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO	
Valori di riscatto e riduzione	<u>Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.</u>
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
- Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti iscritti e dei Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva. - Le Casse ed Enti che abbiano attivato le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei propri Professionisti iscritti e Pensionati, potranno richiedere di estendere la copertura, in forma collettiva e con le medesime modalità di cui al I comma, anche a una o più delle seguenti categorie: - Praticanti; - Dipendenti/consulenti. - E' altresì prevista la possibilità di richiedere l'attivazione delle garanzie previste dalla presente Convenzione a favore degli amministratori, dei dipendenti e dei consulenti di EMAPI. - Sono assicurabili le persone fisiche che: - al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione, non abbiano compiuto i 75 anni di età; - al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione abbiano già compiuto i 75 anni di età a condizione che gli stessi risultino già in copertura con la precedente Convenzione Temporanea Caso Morte/TCM n. 20892 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione e per i quali l'adesione sia stata rinnovata di anno in anno, dopo il compimento dei 75 anni, senza soluzione di continuità. Gli Assicurati potranno rimanere in copertura sino alla scadenza della presente Convenzione senza limiti di età, purché di anno in anno la loro adesione sia stata rinnovata senza soluzione di continuità; diversamente, una nuova adesione sarà possibile solo a condizione che non sia superato il limite di età previsto; - la singola Cassa/Ente di Previdenza, ove ciò sia previsto dal proprio Statuto/Regolamento, potrà procedere all'attivazione delle garanzie previste dalla presente Convenzione applicando in via autonoma uno specifico limite di età, fermo restando il limite di età di cui al punto precedente. - Nel momento in cui viene concluso il contratto, il Contraente e/o l'Associata devono avere la Sede/domicilio in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.	


Quali costi devo sostenere?

- Costi gravanti sul premio**

Caricamenti

Costi percentuali	7,00% del premio di tariffa
-------------------	-----------------------------

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

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (Quota parte dei costi in percentuale)
85,71%
- Costi dei PPI:**
Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati a Genertel con le seguenti modalità: - Con lettera inviata a Genertel S.p.A. - Servizio Tutela Rischi - Unità Quality; - Tramite il sito internet della Compagnia www.genertel.it, nella sezione Reclami; - Via email all'indirizzo quality@genertel.it. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Servizio Tutela Rischi - Unità Quality. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari bancari e dei broker, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e saranno da loro gestiti. Se il reclamo perviene a Genertel, Genertel provvederà a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. <u>Regime fiscale dei premi</u> Il regime fiscale dei premi è soggetto a due distinti trattamenti, così come prevede la circolare dell'Agenzia delle Entrate 55E del 04/03/1999: • Se il versamento da parte del datore di lavoro, correlato alla stipula della copertura assicurativa, discende da un obbligo derivante da contratto, accordo o regolamento aziendale, i premi in questione, se superiori a 258,23 euro pro-capite, sono da considerarsi parte integrante della retribuzione e quindi, concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente; • Se, invece, l'accordo o il regolamento aziendale prevedano soltanto l'obbligo per il datore di lavoro di fornire talune prestazioni assistenziali, il datore di lavoro, che è obbligato al pagamento di dette prestazioni assistenziali, può liberamente scegliere di garantirsi una copertura economica per tali pagamenti ovvero attendere l'evento e sopportarne interamente il carico. In questo caso, quindi, i premi versati non concorrono a formare il reddito del dipendente, né base imponibile previdenziale. La stipula della polizza assicurativa, infatti, risponde all'esclusivo interesse del datore di lavoro di rimanere indenne dal rischio di dover pagare con fondi propri le indennità per il caso di morte o invalidità. Nel caso in cui i premi concorrano a formare il reddito del lavoratore dipendente (vedi punto a.) è riconosciuta annualmente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge; si precisa altresì che gli stessi costituiscono base imponibile previdenziale, ai fini della contribuzione INPS. In ogni caso l'importo dei premi versati costituisce onere deducibile dal reddito di impresa. <u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione

	fiscale. Se liquidate in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente DIP aggiuntivo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente in relazione alla sottoscrizione del presente Contratto.
--	--

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

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

T294

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
TEMPORANEA MONO – ANNUALE
PER IL CASO DI MORTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
(MOD. T294)

sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

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

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

PRONTI ALLA CHIAREZZA

CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

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

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

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

MAIUSCOLO

titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi

grassetto

punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento

corsivo

specifiche, richiami a norme o articoli



INFORMAZIONE IMPORTANTE

Le cose chiave e utili da sapere



FOCUS

Approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



COSA FARE

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

SOMMARIO

GLOSSARIO

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

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

Art. 1 EFFETTO E DURATA DELLA CONVENZIONE	8
Art. 2 CERTIFICATI DI APPLICAZIONE	8
Art. 3 MODIFICHE	9
Art. 4 RINNOVO DEI CERTIFICATI	9
Art. 5 OGGETTO DELLA CONVENZIONE	9
Art. 6 EFFETTO DELLA COPERTURA	9
Art. 7 ASSICURATI	10
Art. 8 DOCUMENTAZIONE SANITARIA	10
Art. 9 LIMITI DI ETÀ	10
Art. 10 TERMINI DI DECADENZA PER LE ADESIONI	11
Art. 11 ADESIONE DI NUOVE CASSE E VARIAZIONE DEGLI ASSICURATI IN CORSO D'ANNO	11
Art. 12 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO	11
Art. 13 RISCATTO E RIDUZIONI	12
Art. 14 CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA	12

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	13
Art. 2 ESTENSIONE TERRITORIALE	13
Art. 3 ONERI FISCALI	13
Art. 4 ALTRE ASSICURAZIONI	13
Art. 5 CLAUSOLA BROKER	14
Art. 6 OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI	14
Art. 7 FORMA DELLE COMUNICAZIONI	14
Art. 8 ANAGRAFICHE	14
Art. 9 STATISTICHE SINISTRI	14
Art. 10 COMMISSIONE PARITETICA	15
Art. 11 COLLEGIO ARBITRALE	15
Art. 12 FORO COMPETENTE	15
Art. 13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15
Art. 14 COPERTURA BASE COLLETTIVA	16
Art. 15 PREMIO – COPERTURA BASE COLLETTIVA	16
Art. 16 COPERTURA INTEGRATIVA COLLETTIVA	16
Art. 17 PREMI - COPERTURA INTEGRATIVA COLLETTIVA	16
Art. 18 COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA	16
Art. 19 PREMI – COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA	17
Art. 20 COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE	17
Art. 21 PREMI – COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE	19
Art. 22 BENEFICIARI	19
Art. 23 CARENZA	20
Art. 24 SUICIDIO	20

Art. 25 ESCLUSIONI	21
Art. 26 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE	21
Art. 27 DENUNCIA DI SINISTRO	22
Art. 28 TEMPI DI VALUTAZIONE	22
Art. 29 RISTORNO DEL PREMIO ASSICURATIVO	22
Art. 30 COASSICURAZIONE, RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO E DELEGA	23

ALLEGATI

ALLEGATO 1	24
COMMISSIONE PARITETICA MODALITA' DI FUNZIONAMENTO	24

GLOSSARIO



GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

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

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

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

ASSICURATO

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

ASSICURATORE O SOCIETÀ

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di Assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurativa in forma di capitale al verificarsi del decesso.

ASSOCIATA

La singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula, attraverso il Certificato di assicurazione, l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.

B

BENEFICIARIO

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

C

CARENZA

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

CERTIFICATO

Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

CONTRAENTE

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

CONVENZIONE

La disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

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

D**DEBITO RESIDUO**

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

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

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

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

E**EVENTO**

Momento in cui si verifica il sinistro, ovvero la data del decesso dell'Assicurato.

I**INFORTUNIO**

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

ISCRITTO

Professionista iscritto alle Casse o Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.

M**MALATTIA**

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

P**PENSIONATO**

Professionista fruitore di pensione diretta erogata dalla Cassa o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.

POLIZZA

Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA MISTA

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

PREMIO

Somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

PRESTAZIONE A SCADENZA

Pagamento al Beneficiario della prestazione assicurativa alla scadenza contrattuale.

PRINCIPIO DI COERENZA

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

R**RISCHIO**

Probabilità che si verifichi un sinistro.

S**SINISTRO**

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

SOCIETA' DELEGATARIA

La Compagnia di Assicurazione prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.

SOMMA ASSICURATA

Somma di denaro garantita dalla Società in caso di sinistro.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

Art. 1 EFFETTO E DURATA DELLA CONVENZIONE

La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata triennale a decorrere dalle ore 00:00 del 01/02/2023 alle ore 24:00 del 31/01/2026 senza facoltà di disdetta da parte delle Compagnia Assicuratrice e cesserà la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. È pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

Sarà facoltà di EMAPI proporre, entro sei mesi dalla scadenza, il prolungamento dei termini del presente affidamento di anno in anno e fino ad un periodo massimo di ulteriori 36 mesi. La proposta di secondo e terzo prolungamento dovrà essere formulata da EMAPI alla Società entro sei mesi dalla scadenza dell'ultima annualità; la Società avrà facoltà di rifiutare volta per volta la richiesta con atto di diniego che dovrà pervenire ad EMAPI entro 30 giorni dalla data del ricevimento della richiesta.

È facoltà di EMAPI, entro 60 giorni dalla scadenza della Convenzione, richiedere alla Società la proroga della stessa per un periodo massimo di 180 (cento ottanta) giorni, per consentire il completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova convenzione; in tal caso la Società sarà obbligata a prorogare la Convenzione, per il periodo richiesto e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento di un premio corrispondente a tanti dodicesimi del premio annuale di polizza quanti saranno i mesi della proroga richiesti da EMAPI.

È facoltà di EMAPI recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da ogni scadenza annuale intermedia, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La presente Convenzione opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la Convenzione Temporanea Caso Morte/TCM n. 20892 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione in scadenza alle ore 24:00 del 31.01.2023.

Art. 2 CERTIFICATI DI APPLICAZIONE

L'adesione al presente programma da parte delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e da essa ammesse alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazione emessi dalla Società per ogni singola Cassa o Ente associato. I Certificati avranno scadenza uguale a quella della Convenzione (fermo quanto previsto dal I comma dell'Art. 4 - RINNOVO DEI CERTIFICATI delle Condizioni Generali di Convenzione) e decorrenza definita dalla Contraente.

Tali Certificati costituiranno parte integrante della Convenzione e pertanto la relativa normativa ivi prevista deve essere considerata integralmente estesa alle Associate, assicurate per il tramite dei suddetti certificati.

La Convenzione non vincolerà in alcun modo EMAPI, la quale non sarà tenuta a garantire l'adesione alla Convenzione stessa né delle singole Casse ed Enti aderenti ad EMAPI medesima, né degli iscritti alle predette singole Casse ed Enti.

La Società Assicuratrice, pertanto, dichiara espressamente di accettare tali prescrizioni, senza che da

ciò possa scaturire eccezione alcuna ed anche diritto ad alcun compenso o indennizzo.

Art. 3 MODIFICHE

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli Certificati, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa concordata dalla Società e dalla Contraente.

Art. 4 RINNOVO DEI CERTIFICATI

In mancanza di disdetta, inviata con lettera raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale dei singoli certificati, questi sono prorogati per la durata di un anno, fermo restando il rinnovo della Convenzione alle medesime condizioni. Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.

In caso di disdetta dei singoli Certificati, EMAPI provvederà a darne comunicazione alla Società entro 60 giorni dalla scadenza annuale.

Art. 5 OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione per il pagamento di una somma di denaro, per un valore corrispondente alla somma garantita, all'Assicurato in caso di morte di quest'ultimo da qualsiasi causa (fermo restando quanto previsto dagli Artt. 23, 24 e 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione), purché questa avvenga nel periodo di validità della copertura.

Le garanzie di cui agli Artt. 14, 16 e 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione - Copertura Base Collettiva, Copertura Integrativa Collettiva e Copertura Supplementare Collettiva -, sono destinate all'adesione collettiva dei Professionisti iscritti e Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, così come previsto dal successivo Art. 7 - ASSICURATI delle Condizioni Generali di Convenzione.

E' data la possibilità per ciascun Assicurato di ampliare, su base individuale e volontaria, la copertura prevista dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione (ed eventualmente dagli Artt. 16 e 18), così come stabilito all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Copertura Aggiuntiva Individuale.

Art. 6 EFFETTO DELLA COPERTURA

L'assicurazione opera dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato con tutti gli effetti di cui all'Art.1 - EFFETTO E DURATA DELLA CONVENZIONE ultimo comma delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), in deroga all'art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

La presente Convenzione opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la Convenzione Temporanea Caso Morte/TCM n. 20892 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione in scadenza alle ore 24:00 del 31.01.2023.

Art. 7 ASSICURATI

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti iscritti e dei Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva.

E' facoltà della Cassa/Ente richiedere l'attivazione e/o la modulazione delle coperture previste dalla presente Convenzione anche a favore di sottogruppi omogenei delle diverse categorie di assicurati, a condizione che l'attivazione/modulazione delle coperture avvenga sempre in forma collettiva e in forza di regolamenti adottati dalla Cassa/Ente aderente che individuino i sottogruppi fruitori delle coperture.

Le Casse ed Enti che abbiano attivato le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei propri Professionisti iscritti e Pensionati, potranno richiedere di estendere la copertura, in forma collettiva e con le medesime modalità di cui al I comma, anche a una o più delle seguenti categorie:

1. Praticanti;
2. Dipendenti/consulenti.

In caso di mancato rinnovo delle garanzie per gli iscritti di cui al I comma del presente articolo, la Cassa ed Ente di Previdenza aderente ad EMAPI non potrà rinnovare l'estensione a favore delle categorie indicate ai punti 1), 2) che precedono.

È altresì prevista la possibilità di richiedere l'attivazione delle garanzie previste dalla presente Convenzione a favore degli amministratori, dei dipendenti e dei consulenti di EMAPI.

Art. 8 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rischi verranno assunti dalla Società senza richiesta alcuna di documentazione sanitaria.

Art. 9 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione è valida per tutti gli assicurati di cui all'Art. 7 - ASSICURATI che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione, non abbiano compiuto i 75 anni di età.

L'assicurazione è inoltre valida per tutti gli Assicurati di cui all'Art. 7 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione abbiano già compiuto i 75 anni di età a condizione che gli stessi risultino già in copertura con la Convenzione Temporanea Caso Morte/TCM n. 20892 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione e per i quali l'adesione sia stata rinnovata di anno in anno, dopo il compimento dei 75 anni, senza soluzione di continuità.

Gli Assicurati potranno rimanere in copertura sino alla scadenza della presente Convenzione senza limiti di età, purché di anno in anno la loro adesione sia stata rinnovata senza soluzione di continuità; diversamente, una nuova adesione sarà possibile solo a condizione che non sia superato il limite di età di cui al primo comma del presente Articolo.

In ogni caso, la singola Cassa/Ente di Previdenza, ove ciò sia previsto dal proprio Statuto/Regolamento, potrà procedere all'attivazione delle garanzie previste dalla presente Convenzione applicando in via autonoma uno specifico limite di età (applicabile anche a sottogruppi così come individuati al secondo comma dell'Articolo 7 che precede), fermo restando il limite di età di cui al precedente comma.

Art. 10 TERMINI DI DECADENZA PER LE ADESIONI

Per le adesioni in forma collettiva le Associate avranno 60 giorni di tempo, dall'esplicita adesione alla Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche alla Contraente che avrà, a sua volta, 30 giorni per trasferirle alla Società.

Art. 11 ADESIONE DI NUOVE CASSE E VARIAZIONE DEGLI ASSICURATI IN CORSO D'ANNO

- **Adesione di nuove Casse/Enti in corso d'anno.**

Gli Enti o Casse aderenti ad EMAPI possono consentire l'inclusione in garanzia, in corso d'anno assicurativo, dei possibili assicurati di cui all'Art. 7 - ASSICURATI delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate il premio verrà conteggiato in "12" (dodicesimi)".

- **Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.**

Possono essere, altresì, assicurati i soggetti di cui all'Art. 7 - ASSICURATI che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa o Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui all'Art. 12 - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 50% dell'intero premio annuo. Rimane in ogni caso fermo che qualora l'inclusione in garanzia della Cassa/Ente sia avvenuta, nella medesima annualità, in corso d'anno, la misura del premio da corrispondere non potrà essere superiore a quella versata dalla Cassa/Ente (per il singolo Assicurato) al momento dell'attivazione delle garanzie in forma collettiva.

- **Esclusione di iscritti in corso d'anno.**

Il venir meno dei requisiti di cui all'Art. 7 - ASSICURATI, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo non avranno effetto e verranno posticipate alla prima scadenza annuale.

Art. 12 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuale è versato dalle Associate tramite EMAPI in una unica rata annuale così come previsto al precedente Articolo 6 - EFFETTO DELLA COPERTURA. All'inizio di ciascuna annualità EMAPI comunicherà alla Società, per ciascuna Cassa/Ente, il numero degli assicurati e la/e copertura/e collettiva/e attivata/e, sulla base dei quali verrà calcolato il premio da versare ed emessi i relativi documenti contabili.

Nel caso in cui le anagrafiche trasmesse ai sensi del precedente Art. 10 - TERMINI DI DECADENZA PER LE ADESIONI dovessero contenere un numero di iscritti superiore del 20% rispetto a quelli precedentemente indicati, si procederà ad una regolazione del premio entro i 60 giorni successivi (in caso contrario si procederà in sede di regolazione annuale).

Le regolazioni avverranno su base annuale. La Contraente è obbligata a comunicare alla Società entro 90 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società. Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.

I premi relativi alle adesioni alla copertura Aggiuntiva Individuale, verranno versati secondo le modalità previste al precedente Articolo 6, al termine per periodo di adesione indicato al penultimo comma dell'Articolo 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

I premi devono essere pagati alla Società tramite EMAPI.

Art. 13 RISCATTO E RIDUZIONI

Il contratto non prevede il riscatto e la riduzione delle prestazioni, pertanto, in caso di mancato pagamento dei premi il contratto si risolve e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

Art. 14 CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La presente Convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di EMAPI di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di EMAPI;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Si precisa che la Convenzione è stipulata nelle more del rilascio da parte del UTG competente dell'informativa ex art. 91 del D.Lgs. 159/2011 attestante l'inesistenza di cause di decadenza o tentativi di infiltrazione mafiosa. Al riguardo l'informativa è stata richiesta - tramite accesso al sistema telematico di certificazioni antimafia Si.Ce.Ant. - e sono state acquisite le autocertificazioni ex art. 89 del citato decreto.

Qualora, una volta acquisite le informazioni, dovesse risultare la sussistenza di cause di decadenza o tentativi di infiltrazione mafiosa, troveranno applicazione le disposizioni normative di cui all'art. 92, commi 3 e 4, del D. Lgs. 159/2011 s.m.i.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

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

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, che garantisce, per la durata del contratto, la copertura del rischio di morte degli Assicurati (copertura TCM).

Art. 1 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata e, laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura assicurativa è operativa qualunque sia il luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata.

Art. 4 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 5 CLAUSOLA BROKER

EMAPI dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza all'ATI AON-ITAL BROKERS, matricola RUI B000117871.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società prende atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dalla Contraente stessa.

In deroga all'art. 1901 c.c. e a quanto stabilito all'art. 11 ADESIONE DI NUOVE CASSE E VARIAZIONE DEGLI ASSICURATI IN CORSO D'ANNO delle Condizioni Generali di Convenzione, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi da parte di EMAPI sia fatto tramite il Broker sopra designato e, pertanto, che tale pagamento è liberatorio per la Contraente.

Il Broker in questione verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione, con il riconoscimento di una provvigione pari al cinque percento (5%) dei premi incassati.

Art. 6 OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Compagnia delegataria e/o le Compagnie coassicuratrici, fornitrice/i del servizio assicurativo assume/mono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 legge 136/2010 e successive modifiche.

Art. 7 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, con telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata.

Art. 8 ANAGRAFICHE

EMAPI si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli Assicurati e l'aggiornamento nel corso dell'anno dei dati, fornito dalle rispettive Casse ed Enti, tramite tracciato record.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione della Cassa/Ente aderente ad EMAPI, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

Art. 9 STATISTICHE SINISTRI

La Società si impegna a comunicare con cadenza mensile ad EMAPI le informazioni inerenti le denunce di sinistro e le liquidazioni operate nello stesso mese. Verranno forniti tramite supporto elettronico concordato con EMAPI i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e n. matricola degli iscritti alle Casse, data denuncia e tempistiche di gestione dei sinistri (a titolo esemplificativo: data di invio, data di ricezione e data chiusura del sinistro), data liquidazioni e di effettivo pagamento, tipologia evento (es. malattia o infortunio), causa del decesso (es: patologia o caratteristiche dell'infortunio), motivazione

dettagliata di reiezione/sospensione.

La Società si impegna a comunicare trimestralmente ad EMAPI, attraverso supporto elettronico concordato con EMAPI, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo) riepilogative dei sinistri aperti, liquidati/riservati e rigettati.

La Società si impegna a fornire i suddetti dati, compresi gli aggiornamenti degli stessi, sino a un anno oltre la data di cessazione della Convenzione.

La Società si impegna altresì a fornire ad EMAPI ogni informazione utile circa i sinistri, oltre che la relativa documentazione; la Società si impegna infine, per il tramite della propria struttura organizzativa e del proprio personale localizzati in Italia, a fornire ad EMAPI ogni assistenza utile in merito ai sinistri

Art. 10 COMMISSIONE PARITETICA

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti della Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione paritetica permanente composta da quattro membri designati due da EMAPI e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti anche con riferimento alla gestione dei sinistri, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

La Commissione è convocata dal Presidente di EMAPI anche su richiesta della Società e le modalità di funzionamento sono quelle descritte nell'Allegato 1 che si intende parte integrante del presente contratto.

Art. 11 COLLEGIO ARBITRALE

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art. 10 - COMMISSIONE PARITETICA, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma.

L'arbitrato avrà sede in Roma, oppure a scelta dell'iscritto nella propria città di residenza o domicilio.

Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile

Art. 12 FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato. Per le controversie tra la Società ed EMAPI il foro competente è quello di Roma.

Art. 13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 14 COPERTURA BASE COLLETTIVA

La somma garantita nel caso di morte dell'Assicurato è pari a € 7.050,00.

Art. 15 PREMIO – COPERTURA BASE COLLETTIVA

Il premio annuo per ciascun Assicurato in forma collettiva, comprensivo di oneri fiscali, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA, viene fissato in € 7,40.

Art. 16 COPERTURA INTEGRATIVA COLLETTIVA

E' data la possibilità alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva, di incrementare la somma assicurata di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione che precede a favore degli Assicurati di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Ciascuna Cassa ed Ente di Previdenza aderenti ad EMAPI, potrà scegliere la somma assicurata integrativa tra due opzioni - attivabili anche in cumulo tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base.

La somma garantita nel caso di morte dell'Assicurato, in aggiunta a quella prevista dall'Art. 14, è pari a:

a) OPZIONE 1: € 3.525,00

b) OPZIONE 2: € 7.050,00

Art. 17 PREMI - COPERTURA INTEGRATIVA COLLETTIVA

I premi annui per ciascun Assicurato in forma collettiva, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alle somme assicurate di cui all'Art. 16, vengono fissati, in:

a) OPZIONE 1: € 3,70

b) OPZIONE 2: € 7,40

Art. 18 COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA

È data la possibilità alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva, di incrementare la somma assicurata di cui all'Art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA delle Condizioni Generali di Assicurazione che precede a favore degli Assicurati di cui all'Art. 7 - ASSICURATI delle Condizioni Generali di Convenzione.

Ciascuna Cassa ed Ente di Previdenza aderenti ad EMAPI, potrà scegliere la somma assicurata supplementare tra due opzioni - attivabili anche in cumulo tra loro ed anche in aggiunta all'eventuale attivazione della Copertura Integrativa Collettiva di cui all'Art. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base (ed eventualmente per la Copertura Integrativa).

La somma garantita nel caso di morte dell'Assicurato, differenziata in base all'età dell'Assicurato stesso, in aggiunta a quella prevista dall'art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA che precede è pari a:

OPZIONE 1:	
FASCIA DI ETÀ	IMPORTO DA RICONOSCERE IN CASO DI SINISTRO
fino a 39 anni:	€ 25.000,00
da 40 a 50 anni:	€ 12.500,00
da 51 a 55 anni:	€ 6.250,00
da 56 a 60 anni:	€ 3.500,00
da 61 a 65 anni:	€ 2.500,00
da 66 a 70 anni:	€ 2.000,00
oltre 70 anni:	€ 1.500,00

OPZIONE 2:	
FASCIA DI ETÀ	IMPORTO DA RICONOSCERE IN CASO DI SINISTRO
fino a 39 anni:	€ 37.500,00
da 40 a 50 anni:	€ 18.750,00
da 51 a 55 anni:	€ 9.375,00
da 56 a 60 anni:	€ 5.250,00
da 61 a 65 anni:	€ 3.750,00
da 66 a 70 anni:	€ 3.000,00
oltre 70 anni:	€ 2.250,00

Ai fini della determinazione dell'importo da riconoscere in caso di sinistro, si considerano gli anni compiuti dall'Assicurato alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, nel corso della quale si è verificato il sinistro.

Art. 19 PREMI – COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA

I premi annui per ciascun Assicurato in forma collettiva, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alle somme assicurate di cui all'Art. 18 - COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA, vengono fissati, in:

- OPZIONE 1: € 6,00
- OPZIONE 2: € 9,00

Art. 20 COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE

È data la possibilità agli Assicurati di cui all'Art. 7 - ASSICURATI delle Condizioni Generali di Convenzione che già aderiscono alla Copertura Base (e alla Copertura Supplementare ove attivata dalla Cassa/Ente di appartenenza) di incrementare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la somma assicurata di cui all'Art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA delle Condizioni Generali di Assicurazione che precede.

Ciascun Assicurato potrà scegliere la somma assicurata aggiuntiva tra una delle opzioni sotto

indicate - alternative tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base (e per la Copertura Supplementare ove attivata dalla Cassa/Ente di appartenenza).

Fermo quanto previsto ai commi che precedono, l'opzione C sarà attivabile esclusivamente da parte dell'Assicurato appartenente ad una Cassa/Ente che abbia già attivato a favore dei propri Professionisti e Pensionati la Copertura Collettiva Base (Art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA delle Condizioni Generali di Assicurazione) ed almeno una delle opzioni previste per la Copertura Collettiva Supplementare (Art. 18 - COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA delle Condizioni Generali di Assicurazione); nel caso in cui la Cassa/Ente non rinnovi a favore dei propri iscritti la citata Copertura Collettiva Supplementare, non sarà possibile per l'Assicurato rinnovare la copertura prevista dall'opzione C, rimanendo in ogni caso per questi possibile aderire ad una delle altre opzioni previste dal presente Articolo (fermo restando, in ogni caso, la necessità che per l'iscritto sia stata attivata la Copertura Base Collettiva).

Le somme garantite ai sensi del presente articolo in caso di morte dell'Assicurato sono:

-	OPZIONE A	OPZIONE B	OPZIONE C
Età	somma assicurata €	somma assicurata €	somma assicurata €
Fino a 39 anni	130.625,00	261.250,00	391.875,00
40	102.125,00	204.250,00	306.375,00
41	89.062,50	178.125,00	267.187,50
42	79.087,50	158.175,00	237.262,50
43	71.250,00	142.500,00	213.750,00
44	64.125,00	128.250,00	192.375,00
45	58.187,50	116.375,00	174.562,50
46	53.437,50	106.875,00	160.312,50
47	48.687,50	97.375,00	146.062,50
48	45.125,00	90.250,00	135.375,00
49	41.562,50	83.125,00	124.687,50
50	38.475,00	76.950,00	115.425,00
51	35.625,00	71.250,00	106.875,00
52	32.775,00	65.550,00	98.325,00
53	30.162,50	60.325,00	90.487,50
54	27.312,50	54.625,00	81.937,50
55	24.937,50	49.875,00	74.812,50
56	22.562,50	45.125,00	67.687,50
57	20.662,50	41.325,00	61.987,50
58	18.287,50	36.575,00	54.862,50
59	16.625,00	33.250,00	49.875,00
60	14.725,00	29.450,00	44.175,00
61	13.537,50	27.075,00	40.612,50

-	OPZIONE A	OPZIONE B	OPZIONE C
62	12.350,00	24.700,00	37.050,00
63	11.637,50	23.275,00	34.912,50
64	10.212,50	20.425,00	30.637,50
65	9.262,50	18.525,00	27.787,50
66	8.312,50	16.625,00	24.937,50
67	7.481,25	14.962,50	22.443,75
68	7.006,25	14.012,50	21.018,75
69	6.056,25	12.112,50	18.168,75
70	5.462,50	10.925,00	16.387,50
Oltre 70 anni	4.037,50	8.075,00	12.112,50

Ai fini della determinazione dell'importo da riconoscere in caso di sinistro, si considerano gli anni compiuti dall'Assicurato alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, nel corso della quale si è verificato il sinistro, e per la quale l'iscritto abbia richiesto l'attivazione della Copertura Aggiuntiva Individuale.

L'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale con la scelta dell'opzione dovrà avvenire entro 90 giorni dall'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno così come previste dall'Art.11 - COLLEGIO ARBITRALE delle Condizioni Generali di Convenzione, I e II punto, per le quali è previsto un termine di 90 giorni dall'adesione stessa.

Qualora per l'Assicurato non sia stata attivata la Copertura Collettiva Base di cui all'Art. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA da parte della Cassa/Ente di riferimento, non sarà possibile per lo stesso attivare e/o mantenere la Copertura Aggiuntiva Individuale prevista dal presente articolo; rimane in ogni caso fermo quanto previsto al III comma del presente Articolo per quanto riguarda l'attivazione dell'opzione C.

Art. 21 PREMI – COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE

I premi annui per ciascun Assicurato, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alle somme assicurate di cui all'Art. 20 - COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE, vengono fissati in:

- OPZIONE A: € 60,00
- OPZIONE B: € 120,00
- OPZIONE C: € 180,00

In caso di adesione in corso d'anno così come previsto dal penultimo comma dell'Art. 11 - COLLEGIO ARBITRALE delle Condizioni Generali di Convenzione, i premi di cui sopra saranno dovuti interamente in caso di adesione nel corso del I semestre dell'annualità assicurativa e ridotti del 50% in caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa.

Art. 22 BENEFICIARI

Beneficiari della prestazione sono gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

Art. 23 CARENZA

Per la sola Copertura Aggiuntiva Individuale di cui all'Art. 20 - COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE delle Condizioni Generali di Assicurazione (tutte le opzioni) nel caso in cui il decesso sia conseguenza di patologie manifestatesi/diagnosticate/sottoposte ad accertamenti e/o cure prima della data di adesione e/o infortuni avvenuti prima di detta data, la garanzia decorre dopo un periodo di 1 anno dalla data di adesione del singolo Assicurato.

Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale prevista dalla presente Convenzione, il periodo di carenza di cui al comma che precede inizierà a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato, in sede di rinnovo annuale, scelga di attivare una diversa opzione tra quelle previste dall'Art. 20 - COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE delle Condizioni Generali di Assicurazione per la Copertura Aggiuntiva Individuale, che preveda una somma assicurata più elevata rispetto all'opzione attivata in precedenza, il periodo di carenza di cui al primo comma del presente Articolo inizierà a decorrere nuovamente limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza.

A parziale deroga di quanto indicato al primo comma del presente Articolo, per gli assicurati che abbiano attivato la Copertura Aggiuntiva Individuale in vigenza della Convenzione TCM n. 20892 stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza di cui al primo comma è fissato in 1 anno dalla data di prima adesione, a condizione che la posizione scaduta alle ore 24:00 del 31.01.2023 venga rinnovata senza soluzione di continuità (e comunque entro 30 gg dalla scadenza) attivando una delle opzioni della Copertura Aggiuntiva Individuale previste all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, che garantisca una somma assicurata analoga, ovvero superiore nei limiti del 10%, rispetto alla Copertura Aggiuntiva Individuale attivata con la Convenzione TCM scaduta. Nel caso in cui, invece, la somma assicurata della nuova opzione prescelta superi del 10% quella attivata in vigenza della Convenzione TCM n. 20892 EMAPI/Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza di cui al primo comma del presente Articolo inizierà a decorrere nuovamente, limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza incrementata del suddetto 10%.

Art. 24 SUICIDIO

Per quanto riguarda la Copertura Base e la Copertura Integrativa e la Supplementare (rispettivamente Artt. 14 - COPERTURA BASE COLLETTIVA 16 e 18 - COPERTURA SUPPLEMENTARE COLLETTIVA delle Condizioni Generali di Assicurazione), il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia fin dall'ingresso in polizza dell'Assicurato.

Relativamente, invece alla Copertura Aggiuntiva Individuale (Art. 20 - COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE delle Condizioni Generali di Assicurazione), il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia dopo un periodo di carenza di 2 anni dalla data di adesione.

Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale prevista dalla presente Convenzione, il periodo di carenza di cui al presente comma inizierà a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato, in sede di rinnovo annuale, scelga di attivare una diversa opzione tra quelle previste dall'Art. 20 - COPERTURA AGGIUNTIVA INDIVIDUALE delle Condizioni Generali di Assicurazione per la Copertura Aggiuntiva Individuale, che preveda una somma assicurata più elevata rispetto all'opzione attivata in precedenza, il periodo di carenza per il

suicidio si applicherà nuovamente dalla data di variazione di opzione alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza.

A parziale deroga di quanto indicato al secondo comma del presente Articolo, per gli assicurati che abbiano attivato la Copertura Aggiuntiva Individuale in vigenza della Convenzione TCM n. 20892 stipulata da EMAPI con Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di carenza di 2 anni per il suicidio decorre dalla data di prima adesione, a condizione che la posizione scaduta alle ore 24.00 del 31.01.2023 venga rinnovata senza soluzione di continuità (e comunque entro 30 gg dalla scadenza) attivando una delle opzioni della Copertura Aggiuntiva Individuale previste all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione che garantisca una somma assicurata analogo, ovvero superiore nei limiti del 10%, rispetto alla Copertura Aggiuntiva Individuale attivata con la Convenzione TCM scaduta. Nel caso in cui, invece, la somma assicurata della nuova opzione prescelta superi del 10% quella attivata in vigenza della Convenzione TCM n. 20892 EMAPI/Società Cattolica di Assicurazione, il periodo di cui al secondo comma del presente Articolo inizierà a decorrere nuovamente, limitatamente alla maggiore somma prevista dall'opzione prescelta rispetto a quella prevista dall'opzione di provenienza incrementata del suddetto 10%.

Art. 25 ESCLUSIONI

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- attività dolosa del Beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile, ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dalla data di inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento e non sia luogo di residenza dell'Assicurato; l'esistenza di una situazione di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Art. 26 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende il sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari € 5.000.000,00.

In caso di morte causata da atti di terrorismo, la copertura è limitata a un importo complessivo di € 10.000.000,00.

Tali importi saranno suddivisi in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Art. 27 DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia di sinistro deve essere presentata alla Società tramite EMAPI ed EMAPI provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società.

La pratica dovrà contenere:

- la richiesta scritta di pagamento/modulo predisposto da EMAPI;
- la fotocopia di un documento d'identità valido del richiedente;
- Il codice fiscale del richiedente.

Inoltre:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla Società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'Assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 112; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti);
- indicazione dei beneficiari;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dai quali risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non sia stato impugnato e l'eventuale indicazione degli eredi legittimi e testamentari se i beneficiari caso morte sono indicati in modo generico;
- eventuale copia del testamento pubblicato;
- coordinate bancarie dei beneficiari;
- eventuale documentazione obbligatoria ai sensi di legge.

Art. 28 TEMPI DI VALUTAZIONE

La valutazione del sinistro (e in caso di accoglimento la liquidazione del capitale assicurato) sarà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società.

Al termine della valutazione del sinistro la Società invia al beneficiario ed in copia ad EMAPI una comunicazione sull'esito della valutazione effettuata così come gli eventuali motivi di reiezione.

Art. 29 RISTORNO DEL PREMIO ASSICURATIVO

In relazione all'andamento complessivo del contratto alla scadenza del periodo assicurativo (indipendentemente dalla durata), ove ne ricorrano le condizioni di seguito previste, verrà calcolato un rimborso del premio assicurativo in favore della Contraente come appresso.

Dopo 4 mesi dal termine del periodo assicurativo, verrà compilato uno speciale prospetto riepilogativo dei risultati economici derivanti dall'andamento complessivo del contratto nel periodo assicurativo nel quale figurino:

- **All'attivo:** il 75% dei premi imponibili raccolti dalla Società, compresi eventuali sovrappremi o

integrazioni di premio applicate, per l'intero periodo assicurativo;

- **Al passivo:** i sinistri liquidati + l'eventuale ammontare complessivo preventivato per la liquidazione dei sinistri pendenti.

Qualora il saldo risultasse positivo, il 90% risultante da tale bilancio sarà devoluto alla Contraente quale ristorno del premio assicurativo.

Rimane in ogni caso fermo che qualora la Convenzione non venga disdettata anticipatamente dalla Contraente, al termine dei primi 36 mesi si procederà comunque al calcolo del ristorno del premio assicurativo; allo stesso modo, in caso di prolungamento dei termini del contratto, così come previsto dal II comma dell'Art. 1 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI delle Condizioni Generali di Convenzione, si procederà ad un nuovo calcolo del ristorno del premio per tutto il periodo del suddetto prolungamento, secondo le procedure ed i termini previsti sopra indicati.

Art. 30 COASSICURAZIONE, RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata. In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la Società Delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'Assicurato e/o Contraente, di tutti gli obblighi derivanti dal contratto.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art.37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

La Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società Coassicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti dal Broker incaricato, per conto della Contraente, unicamente nei confronti della Compagnia Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza per il quale le Società Coassicuratrici conferiscono specifico mandato al Broker Incaricato che ne risponderà direttamente nei loro confronti.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

COMMISSIONE PARITETICA MODALITA' DI FUNZIONAMENTO

1) Le Parti: ognuna delle parti (EMAPI/Compagnia di Assicurazione) può richiedere la convocazione della Commissione.

Tale facoltà, inoltre, è riconosciuta anche agli Assicurati che la esercitano facendo specifica richiesta in tal senso ad EMAPI.

2) Rappresentanti: all'interno della Commissione Paritetica, EMAPI e la Compagnia di Assicurazione sono rappresentati da due membri ciascuno, ai quali è demandato il compito di analizzare le problematiche per le quali è stata di volta in volta convocata la Commissione e di esprimere un giudizio, ovvero adottare provvedimenti, in collaborazione con i rappresentanti dell'altra parte.

Ai rappresentanti sono, pertanto, demandati poteri decisionali e vincolanti per le rispettive parti committenti.

Ciascuna parte:

- individua i propri rappresentanti tra persone di fiducia, dotate di idonea preparazione ed esperienza nella trattazione degli argomenti rientranti nelle funzioni della Commissione Paritetica e dotate di adeguato potere decisionale;
- nomina i propri rappresentanti e ne comunica, per iscritto, le generalità all'altra in qualsiasi momento ma, in ogni caso, in occasione della convocazione della Commissione Paritetica.

Ciascuna parte è libera di modificare i propri rappresentanti, fermo restando che l'esercizio delle funzioni di questi ultimi è limitato nell'ambito della singola riunione della Commissione Paritetica, per la quale sono stati nominati in sede di convocazione.

3) Modalità di convocazione: ogni parte può richiedere, in qualsiasi momento, la Convocazione della Commissione Paritetica tramite invio di una comunicazione contenente le seguenti informazioni:

- proposta di una o più date per la riunione (che deve essere riunita entro 40 giorni dalla data di convocazione);
- indicazione di due rappresentanti (individuazione dei due demandati, qualora sia stata in precedenza nominata una pluralità di rappresentanti);
- argomenti da trattare (per i sinistri indicando nominativo assistito e numero sinistro);
- indicazione del medico legale;
- ogni ulteriore informazione ritenuta utile.

L'altra parte deve rispondere entro 7 giorni dal ricevimento della proposta di convocazione indicando:

- accettazione della data, ovvero di una delle date proposte, in caso di impossibilità la parte ricevente può proporre una o più date alternativa;
- indicazione dei due rappresentanti;
- indicazione del medico legale.

Nel caso in cui sia l'iscritto/Assicurato a richiedere la convocazione della Commissione Paritetica, questi ne farà richiesta ad EMAPI e sarà poi l'Ente a procedere alla convocazione secondo le procedure descritte sopra.

Preso atto degli elementi sopra indicati, il Presidente di EMAPI procede con la comunicazione formale di convocazione entro 7 giorni.

4) Luogo: la Commissione Paritetica è riunita a Roma, presso la Sede EMAPI.

5) Consulenza medica: per tutti gli argomenti che riguardino aspetti medici sia relativi a sinistri sia inerenti le condizioni contrattuali, la Commissione Paritetica si avvale della collaborazione di una specifica consulenza.

I due medici nominati, uno da EMAPI ed uno dalla Compagnia di Assicurazione, esaminano in modo collegiale le questioni di volta in volta prospettate che saranno poi oggetto dell'esame della Commissione Paritetica (ad esempio il sinistro ovvero la clausola contrattuale), esprimendo un proprio giudizio sulla fattispecie in questione, anche alla luce delle condizioni della Convenzione EMAPI.

Le modalità di riunione e funzionamento delle riunioni collegiali sono libere e concordate da parte dei medici fiduciari, fermo restando che per ogni singolo caso i medici provvederanno all'elaborazione di un parere scritto – auspicabilmente congiunto – che dovrà essere trasmesso alle parti (EMAPI e Compagnia) con almeno 10 giorni di anticipo rispetto alla data concordata per la riunione della Commissione Paritetica.

6) Analisi di merito: la Commissione Paritetica, correttamente insediata, analizza tutte le questioni all'ordine del giorno alla luce della documentazione in possesso delle parti e delle condizioni contrattuali.

Partecipano alle riunioni della Commissione Paritetica, al fine di coadiuvarne le attività ed esporre i casi specifici, il Presidente EMAPI ed i consulenti/broker dell'Ente.

Per i casi aventi ad oggetto aspetti di natura medica, la Commissione Paritetica acquisisce il parere della Consulenza Medica e lo analizza e discute ai fini delle proprie determinazioni.

La Commissione Paritetica, in qualità di organo che si riunisce eccezionalmente per affrontare problematiche di difficile risoluzione, ha titolo ad assumere decisioni che di volta in volta possano fornire una corretta interpretazione del dettato contrattuale.

Analizzati i casi, la Commissione Paritetica esprime il proprio giudizio/parere improntato al criterio del maggior favore nei confronti di EMAPI e dell'iscritto/Assicurato; le decisioni della Commissione sono prese a maggioranza (dei quattro rappresentanti).

Per ogni singolo caso analizzato viene redatto specifico verbale messo agli atti e conservato, per ogni buon uso, dalle parti.

MODULO DI ADESIONE alla Convenzione "Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani – EMAPI" Polizza collettiva Temporanea Caso Morte – TCM contratto num. 21208

Bisogni - L'individuazione dei bisogni

Le tipologie di offerte assicurative da approfondire sono:

☐ Risparmio ☐ Investimento ☐ Previdenza ☐ Protezione mia e dei miei Cari

Nel caso in cui venga espresso un bisogno diverso da "Protezione mia e dei miei cari" il prodotto non risulta coerente e non sarà possibile procedere con l'emissione del contratto.

1. Lei ha eventuali eredi da tutelare economicamente rispetto al rischio di premorienza? ☐ SI ☐ NO
2. Attualmente ha la necessità di integrare eventuali coperture assicurative legate al rischio di premorienza, in quanto le stesse non soddisfano completamente le Sue esigenze? ☐ SI ☐ NO
3. Rispetto alle Sue disponibilità finanziarie ed alle Sue esigenze è propenso a sottoscrivere una copertura assicurativa annuale con il pagamento del relativo premio? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui venga selezionata anche una sola volta l'opzione di risposta "NO" o non si voglia rispondere (anche ad una sola domanda), il prodotto non risulta coerente con il bisogno espresso o non sarà possibile valutare il bisogno del cliente. In entrambi i casi non sarà possibile procedere con l'emissione del contratto.

Caratteristiche e finalità dei prodotti:

- ☐ sono consapevole del fatto che i prodotti assicurativi possono prevedere contrattualmente esclusioni e/o limitazioni e per i prodotti danni scoperti e/o franchigie, possibilità di rivalsa nei miei confronti da parte della Compagnia;
- ☐ prendo atto che mi è stato segnalato che le caratteristiche e le finalità dei prodotti assicurativi da me sottoscritti in passato, anche presso altri intermediari, potrebbero avere già corrisposto alle mie esigenze di tipo assicurativo, e riconosco che qualsiasi mia richiesta di sottoscrizione di contratti assicurativi tiene conto di quelli da me già sottoscritti.

Firma _____

ASSICURATO (ISCRITTO):

Cognome e nome:	Codice Fiscale:
Sesso:	Età assicurativa:
Comune di nascita:	Data di Nascita:
Indirizzo:	Provincia:
CAP:	Comune:
Professione:	Sottogruppo (Tabella 1): Gruppo/Ramo (Tabella 2)
Numero tel. cellulare:	Indirizzo e-mail:
Numero documento:	Tipo documento:
Ente rilascio:	Luogo di rilascio:
Data di rilascio:	Data di scadenza:

Cassa/Ente associato di appartenenza:			
Categoria di appartenenza	☐ Professionisti iscritti/Pensionati	☐ Praticanti	☐ Dipendenti/Consulenti

DATI TECNICI DI POLIZZA:	Data decorrenza (ore 00:00):	Data scadenza ¹ (ore 24:00):	31/01/2026
Copertura aggiuntiva individuale (Art. 20 Condizioni Generali di Assicurazione):	☐ Opzione A (Premio annuo) (*) € 60,00	☐ Opzione B (Premio annuo) (*) € 120,00	☐ Opzione C (Premio annuo) (*) € 180,00

(*) Per la fattispecie di adesioni individuali riferite a Casse/Enti aderenti nel corso del I semestre, a parziale deroga di quanto riportato all'art. 21 delle condizioni generali di assicurazione e come indicato nella relativa appendice di integrazione, il premio verrà calcolato in 12esimi così come previsto per il premio collettivo, fermo restando che la decorrenza della copertura individuale avrà effetto dal momento dell'effettiva adesione e pagamento del premio. In caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa i premi sopra riportati saranno ridotti del 50%.

Come indicato all'Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia riconosce al Broker una provvigione pari al cinque per cento (5%) dei premi incassati.

¹ Data fissa allineata alla data di scadenza annuale dell'assicurazione collettiva e che annualmente dovrà essere aggiornata.

AVVERTENZE

- Qualora per l'Assicurato non sia stata attivata la Copertura Collettiva Base di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione da parte della Cassa/Ente di riferimento, non sarà possibile per l'Assicurato attivare e/o mantenere la Copertura Aggregativa individuale prevista.
- L'opzione C sarà attivabile esclusivamente da parte dell'Assicurato appartenente ad una Cassa/Ente che abbia già attivato a favore dei propri Professionisti e Pensionati la Copertura Collettiva Base (Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione) ed almeno una delle opzioni previste per la Copertura Collettiva Supplementare (Art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione); nel caso in cui la Cassa/Ente non rinnovi a favore dei propri iscritti la citata Copertura Collettiva Supplementare, non sarà possibile per l'Assicurato rinnovare la copertura prevista dall'opzione C, rimanendo in ogni caso per questi possibile aderire ad una delle altre opzioni previste (fermo restando, in ogni caso, la necessità che per l'iscritto sia stata attivata la Copertura Base Collettiva).
- Nel caso in cui il decesso sia conseguenza di patologie manifestatesi/diagnosticate/sottoposte ad accertamenti e/o cure prima della data di adesione e/o infortuni avvenuti prima di detta data, la garanzia decorre dopo un periodo di 1 anno dalla data di adesione.
- Il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia dopo un periodo di carenza di 2 anni dalla data di adesione.
- Allegare, al presente modulo, copia fronte e retro del documento di identità in corso di validità dell'Assicurato.

Il sottoscritto Aderente/Assicurato DICHIARA:

1. di prestare il proprio consenso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1919 del Cod. Civ., all'assicurazione sulla propria vita in base a quanto previsto dalla Convenzione "Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani – EMAPI" Polizza collettiva Temporanea Caso Morte – TCM num. 21208 stipulata tra Genertel S.p.A. (*) con sede in via Machiavelli, 4 – 34132 Trieste (TS), Italia ed EMAPI - Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani con sede in via XX Settembre, 26 – 00187 Roma;
2. di avere il domicilio (ai sensi dell'art 43, 1° comma, del codice civile) in Italia;
3. di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di autorizzare EMAPI, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, a trasmettere a Genertel S.p.A. e ad altri soggetti (quali società a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori) le informazioni necessarie per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui alla Polizza;
4. la piena veridicità e completezza dei dati e delle dichiarazioni rese, pur se materialmente scritte da altri, nel presente modulo.

L'Aderente/Assicurato dichiara altresì:

1. di aver ricevuto da EMAPI o dall'Intermediario incaricato, prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione:
 - a. il SET Informativo – TCM num. 21208;
 - b. l'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario);
2. di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO tale contratto;
3. di essere stato informato di poter chiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.genertel.it);
4. di essere una Persona politicamente esposta (*): ☐ NO ☐ SI, carica ricoperta (o relazione con PEP) _____
(si veda: "Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs n° 231/2007 così modificato dal D. Lgs n° 90/2017")

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

Luogo e data: _____

Firma dell'Assicurato (Iscritto): _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio relativo alla copertura assicurativa è a carico dell'Assicurato stesso.

Il premio sarà regolarizzato, per il tramite della Contraente/Intermediario direttamente a Genertel S.p.A., tramite bonifico bancario.

l'Intermediario
(timbro e firma leggibili)

Luogo e data: _____
