

Assicurazione temporanea per il caso morte e/o invalidità totale e permanente in forma collettiva

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



Crédit Agricole Vita S.p.A.
Prodotto: CA VITA INSIEME PIÙ PROTETTI

(Tariffa 190 per il caso di decesso, Tariffa 191 per il caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente)

Data di realizzazione DIP Vita Aggiuntivo Febbraio 2025
(il DIP 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 cliente 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.

L'impresa di assicurazione è Crédit Agricole Vita S.p.A., società italiana interamente partecipata da Crédit Agricole Assurances S.A.

Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023

Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Tel. n. verde 800973015 - n. dall'estero +39 0230301025

Sito internet: www.ca-vita.it - Indirizzo e-mail: informazioni@ca-vita.it - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it

Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P.IVA 02886700349

Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G.U. del 29/06/90)

Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00090 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.

Capogruppo del "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 057

L'ammontare del Patrimonio Netto al 31/12/2023 (data ultimo bilancio approvato) è pari a 980,58 milioni di euro, di cui 236,35 milioni di euro relativi al capitale sociale e 744,23 milioni di Euro relativi al totale delle Riserve Patrimoniali

- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.ca-vita.it
- Requisito patrimoniale di solvibilità: 872,26 milioni di euro
- Requisito Patrimoniale minimo: 392,51 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: 1.907,68 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale minimo: 1.550,06 milioni di euro
- Indice di solvibilità (SCR): 219%

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Temporanea caso morte

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Temporanea caso morte o invalidità totale e permanente

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Vita, si precisa che in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine della copertura assicurativa o qualora, nel corso del periodo di copertura, non si verifichi un evento tale da determinare l'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato, nulla è dovuto da parte della Compagnia e i premi già versati restano acquisiti da quest'ultima.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Per chiarezza si riportano per intero tutte le limitazioni di copertura fornite nel DIP Vita.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il Caso di Morte o Invalidità Totale e Permanente, in caso di evento causato da:

- a. dolo del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- d. evento avvenuto in uno dei paesi indicati come paese a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. Qualora l'indicazione fornita del Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data di segnalazione;
- e. 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;
- f. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- h. infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività sportive: alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza, attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record), sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, competizioni e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore o natante, paracadutismo, speleologia, sport estremi (es. base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi dalle grandi altezze), volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio, equitazione, pugilato e sumo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Per richiedere il pagamento alla Compagnia, per qualunque causa, il Contraente deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad uno dei Soggetti Abilitati (cioè i soggetti che agiscono come distributori del prodotto per la Compagnia), oppure
- Inviata tramite e-mail all'indirizzo: sinistri.vita@ca-vita.it, oppure
- Inviata tramite PEC all'indirizzo: liquidazioni.ca-vita@legalmail.it
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Liquidazioni
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Alla comunicazione devono essere sempre allegati, per tutte le garanzie:

- Copia di un documento di identità e del codice fiscale del richiedente (a seconda del caso l'Assicurato o i Beneficiari), se non già presentati o se quelli presentati sono scaduti;
- Se la richiesta è effettuata da un procuratore o da un rappresentante legale, oltre all'atto di nomina, è necessario allegare anche copia di un documento di identità e del codice fiscale di questo soggetto;
- Se uno dei Beneficiari è minore o incapace, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizza alla riscossione della somma ed indica le modalità del reimpiego di tale somma.
- Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti;
- Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso di invalidità totale e permanente i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti.
- Il questionario di adeguata verifica firmato e sottoscritto;
- La certificazione storica attestante le situazioni anagrafiche pregresse riguardo lo stato di famiglia dell'Assicurato relativo al momento della sottoscrizione del contratto

La Compagnia si riserva comunque il diritto, se vi sono di particolari esigenze di approfondimento, di richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento, individuare gli aventi diritto e adempiere agli obblighi di natura fiscale.

I Beneficiari devono presentare la seguente documentazione per tutti i sinistri per decesso:

- Richiesta di liquidazione del capitale controfirmata dal Beneficiario;
- Certificato di morte dell'assicurato in carta semplice (con l'indicazione della data di nascita);
- Relazione del medico curante completa;
- In caso di decesso dell'assicurato a seguito di eventi accidentali e/o violenti, verbale dell'autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento a seguito di specifiche esigenze, la compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione.
- Se l'Assicurato ha nominato come Beneficiari i suoi eredi:
 - Se l'Assicurato ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il testamento presentato è l'unico o ultimo conosciuto e, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono insorte vertenze sull'eredità o mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre le persone chiamate dal testatore non ve ne sono altre alle quali la legge riservi una quota di eredità o altri diritti alla successione;
 - Se l'Assicurato non ha lasciato un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari
- Se l'Assicurato ha nominato i Beneficiari senza fare riferimento alla loro qualità di erede (ad esempio indicando il nome del Beneficiario):
 - la documentazione necessaria per provare la propria designazione, se tale designazione non risulta già dal Modulo di Polizza o dalla documentazione in possesso della Compagnia.
 - Se l'Assicurato ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - quali sono i Beneficiari,
 - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in

	<p>suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,</p> <ul style="list-style-type: none"> - che non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti, - che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e - che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari. <p>○ Se l'assicurato non ha lasciato un testamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità: - che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti, - l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari. <p>La Compagnia può richiedere l'originale del Contratto se c'è un contrasto tra quanto richiesto dal Beneficiario e la documentazione in possesso della Compagnia o quando la Compagnia contesti l'autenticità del Contratto o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere. Quanto previsto dal presente comma non deroga tuttavia alle disposizioni di legge applicabili in caso di contenzioso.</p> <p>In caso di prestazione per invalidità totale e permanente, l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbale INPS/ INAIL/ ASL con accertamento stato di invalidità • Relazione medico curante sulle cause ed il decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità • dichiarazione del datore di lavoro riportante la data inizio e la data fine del rapporto di lavoro. • Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento a seguito di specifiche esigenze, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione. <p>La Compagnia, ricevuta la documentazione di cui sopra, procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità dell'Assicurato, e lo stesso prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compresa la pronuncia dell'Ente Previdenziale, sia essa conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società ed Assicurato. Ogni richiesta di indennizzo dovuta a un evento aggiuntivo occorso successivamente alla data di effetto del contratto in oggetto, terrà in considerazione esclusivamente le conseguenze dirette dell'evento verificatosi successivamente all'effetto del contratto stesso. Con questo si vuole affermare che nei casi di invalidità preesistenti, la determinazione della misura di invalidità permanente è determinata sulla base delle sole conseguenze dirette cagionate dall'evento, come se esso avesse colpito la persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.</p> <p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti per i quali non sia prevenuta alla Compagnia la richiesta di liquidazione per iscritto entro e non oltre il termine di prescrizione di dieci anni sono devoluti obbligatoriamente, ai sensi e per gli effetti del D.L. 28 agosto 2008, n.134, convertito nella Legge 27 ottobre 2008, n.166, al fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, finalizzato ad indennizzare i risparmiatori vittime di frodi finanziari, previsto all'art. 343 della Legge 23 dicembre 2005, n.266.</p> <p>Liquidazione della prestazione</p> <p>Una volta ricevuta tutta la documentazione sopraindicata, la Compagnia si impegna entro 30 giorni a dare riscontro al Beneficiario in merito al riconoscimento o meno della prestazione oppure a chiedere ulteriore consulto medico e/o integrazione della documentazione sanitaria che si rendesse necessaria in caso di particolari esigenze di approfondimento.</p> <p>In caso di ulteriore consulto medico, entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di accertamento, la Compagnia deve comunicare al Beneficiario nominativo e recapiti del proprio medico fiduciario. Una volta ricevuto l'esito del medico fiduciario, entro 30 giorni la Compagnia si impegna a dare riscontro al Beneficiario in merito al riconoscimento o meno della prestazione.</p> <p>Se sussiste l'obbligo di pagamento, la Compagnia paga al Beneficiario la somma dovuta entro il suddetto termine di 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione sopraindicata o della documentazione integrativa o dell'ulteriore accertamento richiesto dalla Compagnia.</p> <p>Dopo tali termini sono dovuti gli interessi legali, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.</p>
--	--

	Resta fermo che nelle coperture caso morte e/o invalidità permanente il pagamento di una prestazione estingue l'altra.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire dichiarazione esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della Compagnia o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della Compagnia, su circostanze rilevanti per la determinazione del rischio e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della Compagnia a stipulare il Contratto, l'applicazione di un Premio maggiore o di condizioni contrattuali diverse.</p> <p>Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 del C.C. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto, altrimenti possono consentire il recesso della Compagnia.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Contraente deve pagare un premio in via anticipata alla data di decorrenza del Contratto, ad ogni nuovo ingresso di Assicurati in copertura e ad ogni successiva scadenza annuale dello stesso.</p> <p>Il versamento del premio da parte del Contraente avviene mediante disposizione di pagamento a favore della Compagnia, con addebito sul conto corrente intestato al Contraente e aperto presso uno dei Soggetti Abilitati.</p> <p>Nel caso in cui si rendano necessarie ulteriori valutazioni in sede di assunzione in copertura di singoli Assicurati, la Compagnia può richiedere l'applicazione di una maggiorazione del premio (sovrappremio) ai fini dell'attivazione della copertura.</p>
Rimborso	<p>Il Cliente, in caso di esercizio della facoltà di recesso contrattualmente prevista, riceverà, entro 30 giorni dalla ricezione da parte della Compagnia della comunicazione relativa al recesso, il rimborso di un importo pari alla somma di tutti i premi versati.</p> <p>Inoltre, nel caso in cui in corso di Contratto il Contraente richieda, per un Assicurato, la cessazione della copertura assicurata (per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento) la Compagnia si impegna a restituire al Contraente il rateo di premio pagato e non goduto.</p>
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



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

Revoca	<p>Il Contraente ha il diritto di revocare la proposta di assicurazione rappresentata nel modulo di proposta fino al giorno lavorativo antecedente la data di decorrenza indicata nel modulo di proposta. Il diritto di revoca è esercitato tramite comunicazione scritta che può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegnata ad una dei Soggetti Abilitati, oppure - Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A. Servizio Portafoglio Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Inviata tramite PEC all'indirizzo: portafoglio.ca-vita@legalmail.it
Recesso	<p>Il Cliente, entro 30 giorni dal momento in cui il Contratto è concluso, può chiederne la cessazione degli effetti (Recesso). Affinché l'esercizio del recesso sia valido, il Contraente deve firmare una comunicazione scritta che può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegnata ad una dei Soggetti Abilitati, oppure - Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A. Servizio Portafoglio Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Inviata tramite PEC all'indirizzo: portafoglio.ca-vita@legalmail.it

	<p>Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dal Soggetto Abilitato o dalla Compagnia, sia il Cliente che la Compagnia sono liberi da ogni obbligazione contrattuale.</p> <p>Entro 30 giorni da tale momento la Compagnia pagherà un importo pari alla somma di tutti i Premi versati dal Cliente.</p>
Risoluzione	<p>Il Contratto può essere risolto da una delle parti (Compagnia e Contraente) tramite esercizio della facoltà di disdetta con una comunicazione inviata entro 30 giorni prima della scadenza annuale delle coperture. Tale comunicazione scritta, da parte del Contraente, può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consegnata ad una dei Soggetti Abilitati, oppure - Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A. Servizio Portafoglio Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Inviata tramite PEC all'indirizzo: portafoglio.ca-vita@legalmail.it



Sono previsti riscatti o riduzioni? [] SI [x] NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.
Richiesta di informazioni	<p>Il Cliente, per eventuali richieste di informazioni può rivolgersi alla Compagnia ai seguenti recapiti: Crédit Agricole Vita S.p.A. - Servizio Supporto Reti Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano Numero verde: 800 973015 Numero dall'estero: +39 02 30 30 10 25 E-MAIL: PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it oppure informazioni@ca-vita.it</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è una polizza collettiva destinata alle aziende che sono tenute a sottoscrivere una garanzia assicurativa in favore dei propri dipendenti per la copertura del rischio di Decesso e/o di Invalidità Totale e Permanente al fine di adempiere agli obblighi posti a loro carico dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria.

La copertura assicurativa è operante per Assicurati che, alla data di decorrenza, hanno un'età compresa tra 18 anni anagrafici e 74 anni e 6 mesi per la tariffa 190 (copertura caso morte) e tra 18 anni anagrafici e 69 anni e 6 mesi per la tariffa 191 (copertura caso morte o invalidità totale permanente).



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 73,91%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Si deve inoltrare eventuali reclami per iscritto anche tramite comunicazione telefax o di posta elettronica a: Crédit Agricole Vita S.p.A. Ufficio Reclami - Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano Fax: 02 – 882183313 e-mail: reclami@ca-vita.it</p> <p>specificando numero di polizza e ove applicabile e/o disponibile il numero di preventivo o di sinistro nonché una descrizione esaustiva della doglianza.</p> <p>Sul sito internet della Compagnia (www.ca-vita.it) trovi un modello che può essere utilizzato per la presentazione dei reclami.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo ti deve fornire riscontro scritto entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo da te fornito.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva il Cliente può rivolgersi all' IVASS - Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale, 21 00187 Roma - FAX: 06 42133206 - Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori - Reclami".</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Mediazione	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare 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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Crédit Agricole Vita S.p.A. (le modalità sono previste dal Decreto-legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Le controversie di natura medica sul riconoscimento dell'Invalidità dell'Assicurato possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di domicilio del Contraente e dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET, mediante accesso al relativo sito internet della Commissione Europea, oppure mediante reclamo all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Imposta sui premi I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta.</p> <p>Deduzione fiscale dal reddito d'impresa In linea generale, i premi pagati nell'ambito dell'attività d'impresa sono fiscalmente deducibili nei termini previsti dalla legge.</p> <p>Tassazione delle prestazioni Le somme erogate dalla Compagnia non costituiscono reddito imponibile per la persona fisica che le percepisce.</p>
---	---

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO ASSUNTIVO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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