

ALLEGATO N.3

CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA: MORTE / MORTE INVALIDITA'
E SUCCESSIVE APPENDICI
**CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE DEL FONDO PENSIONE
APERTO "SECONDAPENSIONE"**

La società AMUNDI SGR S.p.A. nell'esercizio dell'attività di gestione del fondo pensione aperto denominato "SecondaPensione" (di seguito, per brevità, "Fondo Pensione") nella persona del proprio legale rappresentante pro-tempore

e

la Compagnia di Assicurazioni Crédit Agricole Vita S.p.A. (di seguito, per brevità, "Compagnia" o "Società"), stipulano la seguente "Convenzione" nella persona del proprio legale rappresentante pro-tempore.

Premessa:

1. Il Fondo Pensione, è autorizzato all'esercizio dell'attività ed è iscritto all'albo istituito presso la Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, in data 01/03/1999, con il n° 65.
2. La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività di Assicurazione sulla durata della vita umana ed è in possesso dei requisiti ISVAP ai sensi dell'Art. 6, comma 7, del D.Lgs. 252/2005 e successive integrazioni e modificazioni.
3. Il Fondo Pensione intende stipulare la convenzione di cui all'art. 6, comma 5, del citato decreto;

Art. 1. Oggetto della convenzione

1. La presente Convenzione ha per oggetto l'assicurazione delle prestazioni da erogarsi in caso di morte e di invalidità (di seguito, per brevità, "Evento") degli aderenti che il Fondo Pensione abbia inserito in assicurazione (di seguito, per brevità, "Assicurato/i"). L'evento morte o invalidità deve sopravvenire prima della scadenza del periodo annuale di copertura, purché l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il premio sia stato regolarmente versato come previsto dal successivo art. 3.
2. Le cause di morte e di invalidità che danno diritto alla prestazione sono tutte ad eccezione di quelle di cui al punto "Esclusioni".
3. Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato per il quale la capacità a svolgere qualsiasi attività lavorativa sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, a meno del 50% del normale e - se lavoratore dipendente - tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro.
4. Le prestazioni assicurate, in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Fondo Pensione, consistono in un capitale erogabile una tantum. Resta comunque inteso che l'importo del capitale da assicurare sarà liberamente scelto dal singolo assicurando all'adesione sulla base di due opzioni predefinite: 75.000 euro e 150.000 euro.

Art. 2. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa per il caso di morte o di invalidità permanente in oggetto i rischi derivanti da:

1. dolo dell'Assicurato o del beneficiario;
2. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
3. partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
4. partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
5. 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;
6. uso di stupefacenti o di allucinogeni;
7. sindrome da immunodeficienza acquisita AIDS, od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui il decesso o l'invalidità avvenga nei primi sette anni successivi alla decorrenza della copertura assicurativa;
8. pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere, etc.);
9. trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Sono inoltre esclusi i casi di decesso o invalidità avvenuti in occasione di insurrezioni, tumulti popolari e atti di terrorismo.

Sono esclusi dalla copertura assicurativa i rischi derivanti da malattie e condizioni patologiche preesistenti, se non dichiarati prima della decorrenza della posizione individuale; qualora l'Assicurato fornisca anteriormente all'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi, la Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, di rifiutare i rischi stessi o di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi sanitari.

Viene in ogni caso esclusa la liquidazione del capitale assicurato o l'eventuale aumento dello stesso nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato domanda all'Ente Previdenziale di appartenenza per il riconoscimento dello stato di invalidità, anteriormente alla data di ingresso in assicurazione o alla data di richiesta di aumento del capitale. In questi casi la Compagnia non effettuerà alcun pagamento.

Art. 3. Premio di assicurazione

1. Per ciascun aderente inserito in assicurazione il Fondo Pensione, si impegna a pagare alla Compagnia, in nome e per conto degli Assicurati, il premio che si determina applicando alla prestazione richiesta i coefficienti riportati nella Tabella allegata (allegato n. 1), in base ai criteri ivi indicati.
2. I premi saranno pagati con le seguenti modalità e termini.

Le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che venga pagato dall'Assicurato, integralmente e in via anticipata il premio di assicurazione entro 30 giorni dalla data di emissione indicata nella scheda di polizza inviata dalla Compagnia al Fondo pensione.

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

Al premio viene inoltre aggiunto un diritto fisso pari a 2,5 Euro pro-capite.

La copertura assicurativa sulla singola posizione individuale si risolve di diritto al termine dell'anno assicurativo in cui l'Assicurato abbia perso i requisiti previsti dalla Convenzione (aderente al Fondo Pensione) o abbia manifestato la volontà di non rinnovare la copertura.

In ogni caso l'Assicurato sarà tenuto a corrispondere il premio richiesto per il periodo di tempo di operatività della garanzia.

Entro 180 giorni dalla data della scadenza di pagamento del premio non corrisposto, l'Assicurato può riattivare le garanzie pagando il premio arretrato.

La riattivazione della garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato.

Trascorsi 180 giorni dalla data della scadenza di pagamento del premio non corrisposto, il contratto si risolve e la riattivazione può essere concessa dalla Compagnia che, per decidere se accordarla, può richiedere nuovi accertamenti sanitari.

La richiesta dell'Assicurato di apportare eventuali rettifiche ai documenti contrattuali non sarà motivo di modifica del termine utile per il pagamento del premio, il quale dovrà essere pagato integralmente nell'importo indicato salvo successivo conguaglio.

3. A fronte del pagamento di ciascun premio, la Compagnia rilascerà una quietanza relativa al premio versato stesso, comprensivo di imposte e tasse, e riportante l'indicazione degli estremi identificativi dell'Assicurato, l'importo della prestazione ed il periodo di efficacia della copertura.

Art. 4. Obblighi di comunicazione

1. Il Fondo Pensione si impegna a comunicare alla Compagnia (su supporto informatico concordato):
 - a) entro il 31 gennaio di ogni anno, l'elenco nominativo degli Assicurati presenti alle ore 00 del 1° gennaio - ricorrenza annuale dell'assicurazione - con l'indicazione per ciascuno della data di nascita, sesso, codice fiscale e capitale assicurato alle ore 00 del 1° gennaio e per i quali si dovrà procedere al rinnovo annuale della copertura;
 - b) entro il giorno venti di ogni mese l'elenco dei nuovi assicurandi che hanno fatto richiesta di ingresso in assicurazione o di aumento di capitale assicurato, anch'esso accompagnato dalla documentazione richiesta. La Compagnia emetterà per il Fondo Pensione:
 - a) annualmente una scheda di polizza ad elenco per Assicurati presenti in garanzia alle ore 00 del 1° gennaio di ogni anno sulla base di quanto presentato dal Fondo Pensione come previsto al precedente punto a);
 - b) mensilmente una scheda di polizza ad elenco contenente i nominativi dei nuovi assicurati che hanno fatto richiesta di ingresso in assicurazione, comunicati dal Fondo Pensione secondo le modalità previste al precedente punto b).
2. Le dichiarazioni del Fondo Pensione devono essere esatte e complete; l'inesatta indicazione dei dati forniti comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.
3. Il Fondo Pensione è tenuto a comunicare il verificarsi del decesso o del presunto evento invalidante in capo a ciascun Assicurato entro 60 giorni dal momento in cui ne sia venuto a conoscenza, con le seguenti modalità: mediante invio alla Compagnia – per lettera raccomandata – della denuncia della morte o dell'invalidità permanente dell'Assicurato, completa di tutta la documentazione richiesta. Resta espressamente inteso tra le parti che l'obbligo di corresponsione della somma assicurata non è subordinato a quello di comunicazione dell'evento da parte del Fondo Pensione.

Per i **pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato** devono comunque essere consegnati:

- a) il certificato di morte;
- b) relazione medica redatta dall'ultimo medico curante su apposito modulo predisposto dalla Compagnia.

In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.):

- a) copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- b) copia dell'eventuale referto autoptico.

La Compagnia, per il caso di morte, si riserva di richiedere al Fondo o al Beneficiario ulteriore documentazione nel caso di particolari esigenze istruttorie.

Per i **pagamenti conseguenti la copertura del rischio di invalidità** dell'Assicurato devono comunque essere consegnati:

- a) certificato rilasciato dall'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato attestante il diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità.
- b) nel caso in cui:
 - trascorsi dodici mesi dalla data di presentazione della domanda, l'Ente Previdenziale non avesse ancora riconosciuto il diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità o nel caso l'avesse negato;
 - non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento della pensione di inabilità o dell'assegno ordinario di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale;il suddetto certificato sarà sostituito da una relazione redatta da un medico di fiducia della Società.
- c) certificato del medico curante dell'Assicurato, redatto sul modulo speciale e fornito dalla Società.

La Società, 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.

Il pagamento delle somme dovute sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla data di riconoscimento dell'invalidità da parte della Società. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso.

Resta fermo che nelle coperture caso morte e/o invalidità permanente il pagamento di una prestazione estingue l'altra.

Sul Fondo Pensione grava l'obbligo di inviare tempestivamente alla Compagnia tutte le comunicazioni concernenti il rapporto assicurativo.

A richiesta della Compagnia, l'Assicurato - per il tramite del Fondo Pensione - sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità, è obbligato:

- a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- b) a fornire tutte le prove che dalla Compagnia fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità: la Compagnia si riserva pertanto il pieno ed incondizionato diritto di richiedere ulteriori accertamenti sanitari effettuati da medici di sua fiducia per la valutazione dell'effettiva esistenza dello stato di invalidità.

Art. 5. Assunzione dei rischi

L'assunzione dei rischi avviene con le seguenti modalità. Il Fondo Pensione ha l'obbligo di inviare alla Compagnia la richiesta di ingresso in copertura dell'assicurando o di aumento del capitale da assicurare e, nelle modalità previste all'art. 4.1 "Obblighi di comunicazione", dovrà inoltre fornire un modulo di adesione (allegato n. 2), debitamente compilato e sottoscritto dall'assicurando. Per gli assicurandi che presentano all'ingresso dell'assicurazione un'età superiore a 65 anni e solo per quelli che non sono in grado di sottoscrivere la dichiarazione di buono stato di salute presente nel modulo di adesione, sarà necessario presentare un questionario sanitario sulle proprie condizioni di salute (allegato n. 3);

Il buono stato di salute si intende comprovato quando il modulo di adesione, contenente la dichiarazione di buono stato di salute, risulta integralmente compilato e sottoscritto dall'assicurando in ogni sua parte. Nel caso in cui sia stato presentato il questionario sanitario, che dovrà sempre essere integralmente compilato e sottoscritto dall'assicurando, il buono stato di salute si intende comprovato quando siano riportate tutte risposte negative e la differenza fra altezza in centimetri e peso risulti essere superiore a 80.

Sulla base della documentazione sanitaria ricevuta la Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, o di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi sanitari.

In ogni caso la Compagnia si riserva la facoltà di accettare o meno il rischio dandone comunicazione scritta.

Si precisa che, in caso di aumento dei capitali assicurati richiesti dal Fondo Pensione, l'eventuale sovrappremio sanitario si rende applicabile anche al capitale già precedentemente assicurato. Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico dell'assicurando.

La Compagnia terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio ai fini della documentazione necessaria per la valutazione dei rischi da assicurare, delle eventuali altre polizze stipulate sullo stesso Assicurato. All'ingresso in assicurazione della posizione individuale a condizione che la Compagnia riceva tutta la documentazione richiesta nei termini previsti dall'art. 4.1 "Obblighi di comunicazione", che la relativa scheda di polizza venga emessa dalla Compagnia stessa e infine che venga pagato il premio, le garanzie entrano in vigore come precisato ai punti a) e b) che seguono:

1. a condizione che il buono stato di salute dell'Assicurando risulti già comprovato dalla documentazione necessaria per l'ingresso in assicurazione inviata dal Fondo Pensione alla Compagnia, le garanzie entrano in vigore alle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento da parte della Compagnia della documentazione richiesta come previsto dall'art. 4.1 "Obblighi di comunicazione" punto b).
2. se il buono stato di salute dell'Assicurando non è comprovato dalla documentazione necessaria, le garanzie entrano in vigore alle ore 00 della data di decorrenza indicata della scheda di polizza oppure, se successiva, della data di emissione indicata in scheda di polizza stessa.

La suddetta modalità si applica anche in caso di aumento del capitale assicurato per la posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di garanzia.

Dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento da parte della Compagnia della documentazione richiesta come previsto dall'art. 4.1 "Obblighi di comunicazione" punto b), viene concesso un periodo di copertura provvisoria per la sola garanzia relativa al caso di morte derivante direttamente ed esclusivamente da Infortunio fatte comunque salve le esclusioni - di cui all'art. 2 della Convenzione - esplicitamente previste per le garanzie.

Per Infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili. Detta copertura provvisoria cessa con l'entrata in vigore delle garanzie secondo quanto previsto ai precedenti punti a) e b), oppure dopo 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura provvisoria stessa, oppure alle ore 24 della data di comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Società o della mancata accettazione del sovrappremio da parte dell'Assicurato, fermo restando che l'Assicurato è tenuto a corrispondere il premio in proporzione al periodo in cui la copertura provvisoria è stata in vigore. In caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, l'attivazione della garanzia assicurativa completa, come previsto al precedente punto b), è subordinata all'accettazione scritta del Fondo Pensione che dovrà essere ricevuta dalla Compagnia, pena decadenza, entro 45 giorni dalla richiesta del sovrappremio stessa. In questo caso, per le sole posizioni per le quali è stato richiesto il sovrappremio il periodo di copertura provvisoria per il caso di morte derivante esclusivamente da infortunio, di cui al precedente comma, viene esteso fino alle ore 24 del 90° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura provvisoria stessa. Resta comunque inteso che, sempre in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, la data di riferimento per il calcolo del rateo di premio rimane in ogni caso fissata alle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento da parte della Compagnia della documentazione richiesta come previsto dall'art. 4.1 "Obblighi di comunicazione" punto b). In caso di mancato pagamento del premio ogni garanzia è comunque sospesa fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento. L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata per gli assicurandi o per gli Assicurati aventi età non superiore a 70 anni, fermo restando che la copertura per il caso di invalidità permanente non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 65 anni di età. Nel caso in cui l'Assicurato compia il 70° anno di età in corso di contratto, la garanzia risulta operante fino alla scadenza dell'anno e non potrà essere rinnovata.

L'assicurazione termina alle ore 24 di ogni ricorrenza annuale della Convenzione e, salvo il caso di disdetta della stessa Convenzione, si rinnova con le modalità indicate al precedente punto 1 dell'art. 4 - previo pagamento del corrispondente premio - e così di seguito ad ogni ricorrenza annuale.

Art. 6. Accertamento dello stato di invalidità

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Fondo Pensione deve farne denuncia alla Società entro i successivi due mesi, a mezzo lettera raccomandata A.R. corredata di tutta la documentazione richiesta ai sensi dell'art. 4.

Il Fondo Pensione e l'Assicurato sono obbligati a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato, nonché a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. La Società si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data di ricevimento della lettera raccomandata di cui sopra, o dalla data di ricevimento della eventuale ulteriore documentazione richiesta.

La Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate durante il periodo di accertamento dell'invalidità; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui all'art. 8 il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene invece riconosciuta l'Assicurato è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia della invalidità aumentati degli interessi di reintegro valuta, nella misura del tasso legale di interesse.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Art. 7. Rivedibilità dello stato di invalidità

Non previsto.

Art. 8. Procedimento arbitrale volontario

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

Il Collegio arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

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

Art. 9. Modalità di pagamento delle prestazioni

La Compagnia provvederà al pagamento della prestazione al Beneficiario previa comunicazione da parte del Fondo Pensione secondo le modalità previste.

La Compagnia ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa.

Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o quello del competente soggetto abilitato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto.

Art. 10. Decorrenza e durata

1. La presente Convenzione ha decorrenza dal 01/01/2014 e durata triennale. La ricorrenza annuale dell'assicurazione è fissata al 1° gennaio di ciascun anno.
2. La presente Convenzione è rinnovata tacitamente salvo disdetta di una delle parti, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, spedita con almeno tre mesi di preavviso sulla data di scadenza dei singoli periodi triennali di vigore indicati.

Art. 11. Iasso massimo di interesse

Le successive modifiche del tasso massimo di interesse garantito determinato dall'IVASS, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo n. 174/95, sono applicate agli aderenti inseriti in convenzione successivamente all'entrata in vigore delle modifiche stesse.

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare i tassi di premio fissati nella presente convenzione possono essere modificati sulla base del confronto tra le basi tecniche adottate, diverse dal tasso di interesse, ed i risultati dell'esperienza diretta; i nuovi tassi verranno applicati a far data dal primo rinnovo utile.

TABELLA TASSI

Coefficienti per la determinazione dell'importo del premio

Il premio si determina in base all'età raggiunta dallo stesso all'inizio di ciascun anno di calendario, che costituisce la ricorrenza annuale dell'assicurazione.

Basi tecniche e criteri attuariali:

- probabilità di verificarsi di un sinistro per morte o invalidità: statistiche interne alla Compagnia
- finanziarie: tasso di interesse annuo composto posticipato (i) del 1,5%
- caricamenti: componente proporzionale al tasso di premio lordo pari al 5% dello stesso.

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO GARANZIA: MORTE / MORTE INVALIDITA'

Tassi per assicurare 1000 euro di capitale

GARANZIA CASO MORTE				GARANZIA CASO MORTE O INVALIDITA' PERMANENTE			
ETA'	TASSO PREMIO	ETA'	TASSO PREMIO	ETA'	TASSO PREMIO	ETA'	TASSO PREMIO
18	0,42	45	1,06	18	0,55	45	1,55
19	0,42	46	1,16	19	0,55	46	1,69
20	0,42	47	1,27	20	0,55	47	1,88
21	0,42	48	1,41	21	0,55	48	2,13
22	0,42	49	1,56	22	0,55	49	2,37
23	0,42	50	1,73	23	0,55	50	2,67
24	0,42	51	1,91	24	0,55	51	2,99
25	0,42	52	2,12	25	0,55	52	3,37
26	0,42	53	2,32	26	0,55	53	3,72
27	0,42	54	2,56	27	0,55	54	4,17
28	0,42	55	2,84	28	0,55	55	4,66
29	0,42	56	3,16	29	0,55	56	5,17
30	0,42	57	3,47	30	0,55	57	5,68
31	0,43	58	3,88	31	0,57	58	6,32
32	0,43	59	4,26	32	0,56	59	6,93
33	0,43	60	4,76	33	0,57	60	7,69
34	0,44	61	5,06	34	0,60	61	8,15
35	0,47	62	5,58	35	0,64	62	8,94
36	0,50	63	6,20	36	0,66	63	9,92
37	0,53	64	6,94	37	0,71	64	11,06
38	0,56	65	7,57	38	0,75	65	11,96
39	0,62	66	8,51	39	0,82		
40	0,68	67	9,23	40	0,92		
41	0,75	68	10,04	41	1,05		
42	0,83	69	10,98	42	1,15		
43	0,91	70	11,78	43	1,26		
44	0,97			44	1,38		

Limitazione della garanzia al solo caso di invalidità

Nel caso in cui l'iscritto abbia optato per l'assicurazione per il solo caso di invalidità, applicabile fino a 65 anni, il premio netto annuale relativo all'iscritto stesso sarà calcolato, applicando uno sconto sui tassi della tariffa per il caso morte e invalidità permanente sopra riportati come sotto definito:

Età	Sconto
Fino a 30 anni	40%
Da 31 a 65 anni	30%

N.B. L'età degli Assicurati si calcola in anni interi al giorno natalizio più vicino alla data di riferimento del calcolo.

Appendice n. 1

alla CONVENZIONE N. 60019

Tra:

Amundi Sgr (di seguito Cliente)

e

Crédit Agricole Vita S.p.A. (di seguito Compagnia)

Con la presente Appendice, che è parte integrante della Convenzione n. 60019, le Parti, di comune accordo, convengono di abrogare la copertura accessoria per la sola Invalidità Totale e Permanente e quindi apportare le seguenti modifiche al testo della Convenzione, dalle ore 00 del 01/07/2021:

Modifica A) Le Tabelle dei tassi vengono sostituite come segue:

**Coefficienti per la determinazione dell'importo di premio
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO GARANZIA MORTE E INVALIDITA'
Tassi per assicurare 1000 euro di capitale**

GARANZIA CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE			
ETA'	TASSO PREMIO	ETA'	TASSO PREMIO
18	0,55	45	1,55
19	0,55	46	1,69
20	0,55	47	1,88
21	0,55	48	2,13
22	0,55	49	2,37
23	0,55	50	2,67
24	0,55	51	2,99
25	0,55	52	3,37
26	0,55	53	3,72
27	0,55	54	4,17
28	0,55	55	4,66
29	0,55	56	5,17
30	0,55	57	5,68
31	0,57	58	6,32
32	0,56	59	6,93
33	0,57	60	7,69
34	0,60	61	8,15
35	0,64	62	8,94
36	0,66	63	9,92
37	0,71	64	11,06
38	0,75	65	11,96
39	0,82		
40	0,92		
41	1,05		
42	1,15		
43	1,26		
44	1,38		

**Coefficienti per la determinazione dell'importo di premio
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO GARANZIA MORTE
Tassi per assicurare 1000 euro di capitale**

GARANZIA CASO MORTE			
ETA'	TASSO PREMIO	ETA'	TASSO PREMIO
18	0,42	45	1,06
19	0,42	46	1,16
20	0,42	47	1,27
21	0,42	48	1,41
22	0,42	49	1,56
23	0,42	50	1,73
24	0,42	51	1,91
25	0,42	52	2,12
26	0,42	53	2,32
27	0,42	54	2,56
28	0,42	55	2,84
29	0,42	56	3,16
30	0,42	57	3,47
31	0,43	58	3,88
32	0,43	59	4,26
33	0,43	60	4,76
34	0,44	61	5,06
35	0,47	62	5,58
36	0,50	63	6,20
37	0,53	64	6,94
38	0,56	65	7,57
39	0,62	66	8,51
40	0,68	67	9,23
41	0,75	68	10,04
42	0,83	69	10,98
43	0,91	70	11,78
44	0,97		

Modifica B) Viene eliminato il paragrafo ultimo “Limitazione della garanzia al solo caso di invalidità”

Milano, 01/07/2021

**CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI
GRUPPO.
PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE DEL FONDO
PENSIONE APERTO "SECONDA PENSIONE"
GARANZIA LONG TERM CARE**

Tra:

AMUNDI SGR S.p.A. (di seguito anche il "Cliente")

e

Crédit Agricole Vita S.p.A. (di seguito la "Compagnia")

CONVENZIONE

DISCIPLINA DELLA CONVENZIONE

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione (di seguito “Convenzione”), anche in deroga alle correlate condizioni di assicurazione (di seguito “Condizioni di Assicurazione”) come allegate alla medesima Convenzione (Allegato 2), valgono le norme di legge in materia. Per qualsiasi termine non definito nella presente Convenzione vale il significato ad esso attribuito nelle Condizioni di Assicurazione allegate.

Premessa

La Compagnia è una compagnia assicurativa del ramo Vita, iscritta all’Albo delle Imprese di Assicurazione il 28 marzo 2008 al n. 1.00090, 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;

Il Cliente è una società di gestione autorizzata ad istituire e gestire fondi pensione ai sensi dell’art. 33 D.lgs. 24 febbraio 1998 n. 58.

Art. 1 Oggetto della Convenzione

La presente Convenzione è volta a disciplinare i rapporti tra il Cliente e la Compagnia al fine di garantire la copertura di un capitale in caso di non autosufficienza nei confronti degli aderenti che il Cliente ha chiesto di inserire in assicurazione (di seguito, per brevità, “Assicurato/i”) come sotto meglio indicato. La copertura per il caso di non autosufficienza è disciplinata dalle Condizioni di Assicurazione allegate sub 2.

Art. 2 Identificazione delle Aziende Associate

Al Cliente verrà assegnato un numero di identificazione specifico. A detto numero il Cliente e la Compagnia faranno riferimento per tutti gli adempimenti relativi alla presente Convenzione.

Art. 3 Assicurati

L’assicurazione si estende a tutti i soggetti indicati in premessa, i cui nominativi saranno segnalati dal Cliente alla Compagnia.

A fronte di ogni nominativo indicato dal Cliente, la Compagnia costituisce la relativa Copertura Assicurativa. Al fine di consentire la costituzione e la liquidazione delle coperture assicurative previste dalla presente Convenzione, il Contraente conferma l’effettiva esistenza dei requisiti necessari per gli Assicurati all’inserimento in Contratto all’epoca della costituzione della relativa Posizione.

La copertura assicurativa per la non autosufficienza è operante per gli Assicurati, con età alla decorrenza della copertura compresa tra 18 anni e 65 anni e 6 mesi.

L’età viene determinata in anni interi e corrisponde all’età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall’ultimo compleanno, e all’età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi e un giorno dall’ultimo compleanno.

Al fine di consentire la costituzione e la liquidazione delle coperture assicurative previste dal presente Contratto, il Contraente conferma l’effettiva esistenza dei requisiti necessari per gli Assicurati all’inserimento in Contratto all’epoca della costituzione della relativa Posizione.

Art. 4 Beneficiari

Il beneficiario della prestazione assicurativa prevista per la non autosufficienza è l’Assicurato stesso.

In caso di decesso dell’assicurato, dopo il periodo di Franchigia e prima che l’accertamento della non autosufficienza fosse concluso, il beneficio spetterà agli stessi beneficiari designati per il Fondo Pensione.

Art. 5 Prezzo

Il Cliente si impegna a corrispondere alla Compagnia - per ciascuna Copertura Assicurativa - il prezzo relativo alla singola copertura assicurativa.

Per il rinnovo annuale delle coperture il prezzo totale di tutte le coperture dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione entro il 30 gennaio dell'anno successivo. Tale prezzo dovrà essere comunicato preventivamente dalla Compagnia che provvederà all'emissione dei documenti di rinnovo entro 30 giorni da quando ha ricevuto il pagamento.

Il prezzo dovuto per ciascun Assicurato si determina moltiplicando il capitale assicurato per il tasso di prezzo riferito a ciascun nominativo (Allegato 1).

La Compagnia si riserva la facoltà di variare i tassi ad ogni rinnovo della Convenzione in base all'esperienza statistica riferita alla collettività.

Per gli Assicurati che dovessero accedere alla copertura assicurativa in corso d'anno il prezzo è determinato a tale data in proporzione all'effettiva durata della copertura.

Art. 6 Decorrenza, durata, disdetta e recesso della Convenzione

La presente Convenzione ha effetto a decorrere dalle ore zero del 1° luglio 2021 con scadenza alle ore zero del 31 dicembre 2023. A partire da questa data si rinnova automaticamente per ulteriori periodi di tre anni salvo disdetta e purché avvenga il pagamento del premio nei termini previsti.

La disdetta può essere esercitata dal Cliente o dalla Compagnia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento almeno 3 mesi prima della data di scadenza dei singoli periodi.

La Compagnia può inoltre disdire la Convenzione nel caso sia trascorso più di un anno dall'ultimo versamento del Cliente.

In caso di disdetta la Convenzione produrrà effetti fino alla fine dell'anno in cui è stato esercitato il diritto da una delle parti.

Il Cliente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione della Convenzione. Ai fini dell'esercizio di tale diritto il Cliente è tenuto ad inviare comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata A.R. indirizzata al Servizio Portafoglio di Crédit Agricole Vita:

Via Imperia, 35 - 20142 Milano

E-MAIL: PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it; oppure informazioni@ca-vita.it

TELEFONO: 800973015- TELEFAX: +39 02 721713293

Il recesso ha l'effetto di liberare il Cliente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dalla Convenzione con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia è tenuta a rimborsare al Cliente l'eventuale prezzo da questi corrisposto.

Art. 7 Decorrenza e durata delle coperture assicurative

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova per ciascuna Posizione alle ore 00:00 del 1° gennaio di ogni anno, sul presupposto che venga pagato il prezzo.

La decorrenza della copertura per ciascuna Posizione, anche in relazione ad eventuali aumenti di capitale, è fissata alle ore 00 del primo giorno del mese successivo a quello di pagamento del prezzo dell'Assicurato, se lo stesso è avvenuto prima del 15 del mese, altrimenti la Copertura entra in vigore alle ore 00 del primo giorno del secondo mese successivo.

Art. 8 Prestazioni

Le Prestazioni Assicurate per il caso di non autosufficienza consistono nel pagamento del capitale comunicato dal Cliente alla Compagnia alla decorrenza della copertura. In caso di sinistro durante il periodo di vigore della copertura, salvo le limitazioni previste all' art. 2.3 e le esclusioni dell'art.3 delle Condizioni di Assicurazione nonché i periodi di Carenza e Franchigia, la Compagnia garantisce il pagamento del capitale assicurato in un'unica soluzione.

In caso di mancato sinistro al termine della copertura assicurativa, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il versamento resta acquisito da quest'ultima.

Nel caso in cui l'Assicurato compia il 69° anno di età in corso di contratto, la garanzia risulta operante fino alla scadenza dell'anno e non potrà essere rinnovata.

Art. 9 Obblighi di comunicazione

Il Cliente si impegna a comunicare alla Compagnia (su supporto informatico concordato):

a) entro il 20 dicembre dell'anno precedente, l'elenco nominativo degli Assicurati presenti alle ore 00 del 1° gennaio - ricorrenza annuale dell'assicurazione - con l'indicazione per ciascuno della data di nascita, sesso, codice fiscale e capitale assicurato alle ore 00 del 1° gennaio e per i quali si dovrà procedere al rinnovo annuale della copertura;

b) entro il giorno venti di ogni mese l'elenco dei nuovi assicurandi che hanno fatto richiesta di ingresso in assicurazione o di aumento di capitale assicurato, anch'esso accompagnato dalla documentazione richiesta.

La Compagnia emetterà per il Cliente:

a) annualmente una scheda di polizza ad elenco per Assicurati presenti in garanzia alle ore 00 del 1° gennaio di ogni anno sulla base di quanto presentato dal Cliente come previsto al precedente punto a);

b) mensilmente una scheda di polizza ad elenco contenente i nominativi dei nuovi assicurati che hanno fatto richiesta di ingresso in assicurazione, comunicati dal Cliente secondo le modalità previste al precedente punto b).

Le dichiarazioni del Cliente devono essere esatte e complete; l'inesatta indicazione dei dati forniti comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Il Cliente è tenuto a comunicare il verificarsi del sinistro in capo a ciascun Assicurato entro le tempistiche indicate nelle Condizioni allegate (sub 2), con le seguenti modalità: mediante invio alla Compagnia della denuncia del sinistro dell'Assicurato, completa di tutta la documentazione richiesta.

Art. 10 Modifiche al contratto

Modifiche alla Convenzione rese necessarie da fatti oggettivi estranei alla volontà delle parti, che dovessero intervenire in qualsiasi momento e che rendano parzialmente inapplicabili le condizioni concordate, saranno oggetto di ulteriore negoziazione. Eventuali modifiche verranno poi comunicate attraverso apposita appendice alla Convenzione.

La disciplina degli ulteriori obblighi rispettivamente assunti dalle parti con riguardo alla copertura assicurativa oggetto di convenzione sono regolati nelle Condizioni di Assicurazione allegate.

Art. 11 Trattamento dei dati personali

Il Cliente e la Compagnia riconoscono di trattare i dati personali necessari alla fornitura dei Servizi in qualità di titolari autonomi del trattamento ex art. 24, GDPR.

In tale qualità, sia il Cliente che la Compagnia sono responsabili del rispetto dei principi e degli obblighi in materia di trattamento dei dati personali, con particolare riguardo a quelli previsti dagli artt. 13-14, GDPR in materia di consegna dell'informativa privacy, misure di sicurezza e diritti degli interessati.

Art. 12 Legge applicabile e Foro competente

La presente Convenzione è disciplinata dalle leggi della Repubblica Italiana.

Per ogni controversia che dovesse sorgere in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione e cessazione della Convenzione sarà competente in via esclusiva il Foro di Milano.

Art. 13 Negoziazione e Dichiarazioni

Le Parti dichiarano di accettare espressamente il contenuto della presente Convenzione, di tutti gli Allegati richiamati nella stessa e delle Condizioni di Assicurazione. Al fine di consentire la costituzione e la liquidazione delle coperture assicurative previste dalla presente Convenzione, il Contraente conferma l'effettiva esistenza dei requisiti necessari per gli Assicurati all'inserimento in copertura all'epoca della costituzione della relativa posizione.

Allegati:

Allegato1: Tabella Tassi

Milano, 01/07/2021

Allegato1 – Tabella Tassi

Tassi di Premio x 1000			
18	0,057282	46	0,304785
19	0,060095	47	0,347258
20	0,057933	48	0,386316
21	0,060094	49	0,4322
22	0,060093	50	0,494192
23	0,060093	51	0,545419
24	0,060093	52	0,610791
25	0,060093	53	0,695654
26	0,060093	54	0,771739
27	0,060093	55	0,851212
28	0,060093	56	0,936015
29	0,068886	57	1,054427
30	0,074262	58	1,130396
31	0,074262	59	1,248681
32	0,074261	60	1,379162
33	0,079637	61	1,546649
34	0,079636	62	1,772537
35	0,093803	63	2,03737
36	0,099178	64	2,317461
37	0,107969	65	2,63763
38	0,113343	66	3,017874
39	0,127508	67	3,45422
40	0,147048	68	3,966109
41	0,161212	69	4,553009
42	0,194916		
43	0,209076		
44	0,237399		
45	0,271093		