

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE A PREMIO UNICO PER
GLI ADERENTI AL FONDO PENSIONE GRUPPO CARIPARMA
CRÉDIT AGRICOLE
TARIFFA 171**

Il presente Fascicolo contiene

- a) **Convenzione**
- b) **Nota Informativa**
- c) **Condizioni Contrattuali**
- d) **Appendice**

CONVENZIONE N. 60023

**CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA MORTE E INVALIDITA' DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATIVE ACCESSORIE DEL FONDO PENSIONE "GRUPPO
CARIPARMA CRÉDIT AGRICOLE"**

Premesso che :

- Il Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" (di seguito, per brevità, "Fondo Pensione"), Fondo Pensione preesistente ex articolo 20 del Dlgs n. 252/2005, iscritto alla Sezione speciale I dell'Albo dei fondi pensione con il numero 1645, si prefigge di realizzare una copertura assicurativa per l'erogazione delle prestazioni accessorie contro il rischio di invalidità permanente e premorienza previste dall'articolo 14 dello Statuto del Fondo per i propri aderenti (di seguito denominati "Assicurati") ;
- La Compagnia di Assicurazioni Crédit Agricole Vita S.p.A. (di seguito, per brevità, "Compagnia" o "Società") è autorizzata all'esercizio dell'attività di assicurazione sulla durata della vita umana ed è in possesso dei requisiti previsti dall'Art. 6, comma 7, del D. Lgs. 252/2005 e successive integrazioni e modificazioni;

viene stipulata la seguente Convenzione n 60023. tra il Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" e la Compagnia di Assicurazioni Crédit Agricole Vita S.p.A. Le coperture assicurative vengono regolamentate dagli articoli contenuti dalla Convenzione e dalle Condizioni Contrattuali.

1. **Aderenti** - Sono assicurati gli Aderenti al Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" alla data di prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo a condizione che :
 - risultino all'epoca delle prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo dipendenti dei datori di lavoro che in conformità allo Statuto sono tenuti alla contribuzione al Fondo ;
 - abbiano all'epoca della prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 70 anni.

Il Fondo si impegna a consegnare a tutti gli Aderenti suddetti le Condizioni Contrattuali della presente Convenzione.

2. **Prestazioni assicurate** - In relazione a ciascuna posizione individuale, nel caso in cui, durante il periodo di copertura si verifichi il decesso per qualunque causa o sia riconosciuta un'invalidità totale e permanente superiore al 66% - come definita all'art. 1 delle "Condizioni Contrattuali" fatte salve le esclusioni di cui all'art. 11 delle "Condizioni Contrattuali" , la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio, a corrispondere ai Beneficiari o all'Assicurato, il pagamento del relativo capitale assicurato.

Alla data di decorrenza delle presente Convenzione e ad ogni successiva ricorrenza annuale, il capitale garantito per ciascun aderente, che deve essere comunicato alla Compagnia da Fondo, sarà quello indicato nell'appendice elenco e nelle successive appendici di rinnovo, che costituiscono parte integrante della Convenzione. Il capitale assicurato deve essere definito in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Aderenti.

3. **Tariffa** - 171 Temporanea caso morte e Invalidità Totale e Permanente a premio unico monoannuale
4. **Decorrenza e durata** -La data di decorrenza di ogni singola posizione assicurativa coinciderà con la data di decorrenza della Convenzione Collettiva o con quella di una successiva ricorrenza annuale.

Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale

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

Sede Amministrativa: via Uberto Visconti di Modrone, 15 - 20122 Milano - Tel.02 72171311

Capitale Sociale Euro 169.350.000,00 i.v. - P.IVA 01966110346 - 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.



Per gli eventuali nuovi aderenti che saranno assunti in data diversa dalla ricorrenza annuale, il Fondo verserà il premio dovuto determinato in base al tasso di cui al successivo punto 7 ridotto proporzionalmente in base alla durata della copertura effettiva.

Per gli aderenti esclusi dalla copertura in epoca diversa dalla ricorrenza annuale, verrà rimborsata la quota di premio pagato e non fruito.

Gli inserimenti di nuovi assicurati o le esclusioni saranno confermati dalla Compagnia tramite appendice.

La decorrenza della copertura assicurativa per i singoli inserimenti, o la cessazione della stessa, saranno quelle comunicate dal Fondo Pensione.

5. **Beneficiari** – I Beneficiari in caso di premorienza dell'Aderente vengono designati dall'Aderente stesso; in mancanza di tale designazione, il beneficio spetta agli eredi testamentari o in mancanza agli eredi legittimi. In caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente superiore a due terzi di quella totale il beneficio spetta all'Aderente.
6. **Modalità di assunzione** – Il rischio verrà assunto senza alcuna documentazione sanitaria. Il Fondo si impegna a consegnare ad ogni singolo assicurato copia delle Condizioni di Assicurazione.
7. **Premio** – Il premio dovuto per ciascun assicurato si determina moltiplicando il capitale assicurato come definito al precedente punto 2 per il tasso di premio determinato in funzione del sesso e dell'età. Tali tassi di premio sono riportati nell'Appendice n. 1.
Per gli ingressi in assicurazione nel corso dell'anno e per le uscite non dipendenti da morte o da invalidità permanente, la regolazione degli importi dovuti ai sensi dell'art.4 della presente Convenzione avverrà alla ricorrenza annua della convenzione stessa.
Qualora l'importo pagato o riservato per sinistri accaduti nell'anno sia inferiore al 40% del premio netto di rinnovo in scadenza nell'anno stesso, a tale premio verrà applicato uno sconto quantificato nella misura del 5% del premio, purché i sinistri pagati o riservati registrati negli esercizi precedenti non siano stati superiori ai premi netti.
8. **Durata e disdetta** – La presente Convenzione collettiva decorre dal 1/1/2015 per la durata di anni tre. Essa si intende tacitamente rinnovata per uguali periodi successivi, salvo disdetta di una delle due parti da comunicare con preavviso di almeno 180 giorni mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
9. **Pegno e vincolo** – Il Fondo si obbliga a non dare in pegno o vincolare le somme assicurate tramite la presente Convenzione.
10. **Assunzioni obbligatorie** – Per le assunzioni obbligatorie e per le invalidità precedenti all'inizio del rapporto lavorativo, ai sensi dell'art. 1, comma 2 della Legge n. 222 del 12 giugno 1984, il diritto alla prestazione assicurata sussiste anche qualora la riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3 preesista al rapporto assicurativo, purché vi sia stato un successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità e il rapporto di lavoro si sia risolto.

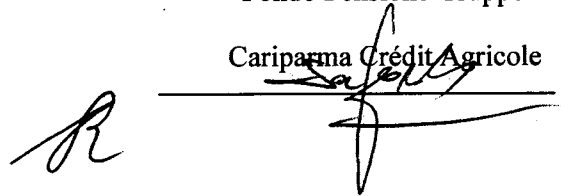
Milano, 29 dicembre 2014

Crédit Agricole Vita S.p.A.



Fondo Pensione Gruppo

Cariparma Crédit Agricole



Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale

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

Sede Amministrativa: via Uberto Visconti di Modrone, 15 - 20122 Milano - Tel.02 72171311

Capitale Sociale Euro 169.350.000,00 i.v. - P.IVA 01966110346 - 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.

M23

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE A PREMIO UNICO PER
GLI ADERENTI AL FONDO PENSIONE GRUPPO CARIPARMA
CRÉDIT AGRICOLE
TARIFFA 171**

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Crédit Agricole Vita S.p.A., Società Unipersonale (di seguito, la "Società") di nazionalità italiana interamente partecipata da Crédit Agricole Assurances S.A.; la durata della Società è fissata fino al 31/12/2100 e la chiusura dell'esercizio sociale è stabilita al 31 dicembre di ogni anno.
- b) La sede legale e Direzione generale sono in Italia, in via Università 1 -43121 Parma. La sede amministrativa è in Via Uberto Visconti di Modrone , 15 -20122 Milano
- c) Crédit Agricole Vita S.p.A. può essere contattata:

- telefonicamente al numero: +39 0521 912018 (sede legale e direzione generale)

+39 02 72171311 (sede amministrativa)

- via posta elettronica all'indirizzo: informazioni@ca-vita.it.

Il sito Internet è: www.ca-vita.it.

- d) La Società esercita i seguenti rami:
 - I – Assicurazioni sulla durata della vita umana
 - III – Le assicurazioni, di cui ai rami I e II, le cui prestazioni principali sono direttamente collegate al valore di quote di organismi di investimento collettivo del risparmio o di fondi interni ovvero a indici o ad altri valori di riferimento
 - IV- Assicurazioni malattia e assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza
 - V – Le operazioni di capitalizzazione
 - VI – Le operazioni di gestione di fondi collettivi costituiti per l'erogazione di prestazioni in caso di morte, in caso di vita o in caso di cessazione o riduzione dell'attività lavorativa.

Credit Agricole Vita S.p.A. - Società Unipersonale

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

Sede Amministrativa: via Uberto Visconti di Modrone, 15 - 20122 Milano - Tel.02 72171311

Capitale Sociale Euro 169.350.000,00 i.v. - P.IVA 01966110346 - 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.



Il capitale sociale della Società, sottoscritto e interamente versato è pari a 169.350.000 Euro.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto è pari a 249,66 milioni in Euro.

La parte relativa al capitale sociale è pari a 169,35 milioni in Euro.

Il totale delle Riserve patrimoniali è pari a 34,69 milioni in Euro.

L'indice di Solvibilità della Società è pari a 118,5%

I dati sono relativi al Bilancio del 31/12/2013

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE, SULLE GARANZIE OFFERTE E SUI RISCHI FINANZIARI

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) **Prestazioni in caso di decesso**
- b) **Prestazioni in caso di invalidità (ITP)**

Il Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" stipula in qualità di Contraente con Crédit Agricole Vita un contratto di tipo collettivo in tariffa temporanea a premio unico in caso di morte e invalidità permanente. La copertura ITP è definita anticipativa al 100% della copertura morte, ovvero al verificarsi del primo evento assicurato verrà corrisposto il capitale assicurato (ad esempio al verificarsi dell'invalidità totale e permanente , la copertura caso morte si estingue).

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che , per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuta successivamente all'inizio del rapporto lavorativo, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro , in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempre che il rapporto di lavoro si sia risolto.

La durata dell'assicurazione è monoannuale ed è fissata per il periodo 1 gennaio – 31 dicembre di ciascun anno e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo diversa prescrizione.

Occorre tenere presente che possono essere inclusi nel contratto tutti i componenti del gruppo come definiti nell'articolo 1 della Convenzione con età compresa tra i 18 e i 70 anni. Per questi ultimi la copertura cesserà alla prima scadenza utile.

Il contratto prevede il pagamento, ai beneficiari individuati ai sensi della Convenzione, del capitale assicurato.

Nessuna prestazione è dovuta qualora tale evento non si sia verificato nel corso del periodo di copertura; in tal caso il premio pagato resta acquisito dalla Società.

4. Modalità di assunzione

Il rischio verrà assunto senza alcuna documentazione sanitaria.

Sono assicurati gli Aderenti al Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" alla data di prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo a condizione che :

- risultino all'epoca delle prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo dipendenti dei datori di lavoro che in conformità allo Statuto sono tenuti alla contribuzione al Fondo;
- abbiano all'epoca della prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 70 anni.

5. Premi

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto, è dovuto un premio unico anticipato per ciascun assicurato.

Nel caso di ingressi di nuovi Assicurati in polizza nel corso dell'anno, il premio dovuto sarà determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato.

Per le uscite in corso d'anno, non dipendenti da morte o invalidità permanente totale, verrà rimborsato il rateo di premio pagato e non goduto.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione del capitale assicurato, del tasso di premio determinato in funzione del sesso e dell'età. Tali tassi di premio sono riportati nell'Appendice n. 1.

6. Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento, fino all'occorrenza massima pari a 30 volte il capitale medio assicurato fino ad un massimo di 4,5 milioni di euro . Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai relativi capitali assicurati.

C. INFORMAZIONI SU SCONTI E REGIME FISCALE

7. Misure e modalità di eventuali sconti

Qualora l'importo pagato o riservato per sinistri accaduti nell'anno sia inferiore al 40% del premio netto di rinnovo in scadenza nell'anno stesso, a tale premio verrà applicato uno sconto quantificato nella misura del 5% del premio, purché i sinistri pagati o riservati registrati negli esercizi precedenti non siano stati superiori ai premi netti.

8. Regime fiscale

8.1 Tassazione delle somme assicurate (*)

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato o di invalidità totale e permanente non sono soggette all'IRE (ex IRPEF) e all'imposta sulle successioni e donazioni.

8.2 Implicazioni di carattere fiscale concernenti la contribuzione

Le altre disposizioni fiscali applicabili dipendono da una serie di elementi quali la fonte istitutiva della copertura assicurativa, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, la natura delle prestazioni corrisposte, la designazione beneficiaria.

È peraltro consigliabile, nella valutazione del trattamento fiscale dei casi di maggiore complessità, avvalersi dell'assistenza di un Commercialista iscritto all'Albo Professionale.

(*) Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente Nota

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società consegna al Contraente la polizza. Le coperture assicurative si intendono sospese qualora il premio pattuito non venga pagato nei termini ivi previsti.

10. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede valori di riscatto o riduzione, né la concessione di prestiti nel corso della durata.

11. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo e ad individuare gli aventi diritto.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art. 15 delle Condizioni Contrattuali.

Il pagamento viene effettuato entro 7 giorni dal pervenimento della documentazione completa per la garanzia TCM ed entro 30 giorni dall'accertamento dell'invalidità da parte della Società per la garanzia ITP. Si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato vengono redatti in lingua italiana.

14. Reclami

I reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Ufficio Reclami
Via Uberto Visconti di Modrone, 15 – 20122 Milano
Fax: 02 – 882183313
e-mail: reclami@ca-vita.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

15. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

16. Comunicazioni del Contraente alla Società

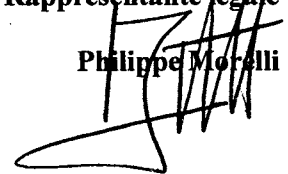
Al presente contratto non si applica il disposto dell'art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società. Crédit Agricole Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

17. Conflitto di interessi

Non sono state individuate occasioni in cui la Società, nella commercializzazione del presente prodotto, possa operare direttamente o indirettamente in una situazione di conflitto di interessi.

Il Rappresentante legale

Philippe Moralli



**ASSICURAZIONE TEMPORANEA A PREMIO UNICO PER IL
CASO DI MORTE E PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITA'
TOTALE E PERMANENTE
PER GLI ADERENTI AL FONDO PENSIONE GRUPPO
CARIPARMA CRÉDIT AGRICOLE**

TARIFFA 171

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1 - Prestazioni contrattuali

L'assicurazione temporanea a premio unico per il caso di morte e invalidità totale e permanente è un'assicurazione monoannuale, con rinnovo annuale, stipulata in base ad una Convenzione e regolata dalle Condizioni di Assicurazione di seguito riportate.

La garanzia temporanea a premio unico per il caso di morte e invalidità totale e permanente garantisce la copertura del rischio di morte e invalidità totale e permanente totale a fronte del pagamento di un premio da parte del Contraente: qualora nel corso della durata del periodo annuale di copertura si verifichi il decesso dell'Assicurato od esso diventi invalido, la Società garantisce il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati, individuati a norma della Convenzione.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuta successivamente all'inizio del rapporto lavorativo, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo del normale e sempre che il rapporto di lavoro si sia risolto.

La garanzia invalidità totale e permanente è definita anticipativa al 100% della garanzia morte, ovvero al verificarsi del primo evento assicurato verrà corrisposto il capitale assicurato (ad esempio al verificarsi dell'invalidità totale e permanente, la copertura caso morte si estingue).

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Per le assunzioni obbligatorie e per le invalidità precedenti all'inizio del rapporto lavorativo, ai sensi dell'art. 1, comma 2 della Legge n. 222 del 12 giugno 1984, il diritto alla prestazione assicurata sussiste anche qualora la riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3 preesista al rapporto assicurativo, purché vi sia stato un successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità e il rapporto di lavoro si sia risolto.

Articolo 2 - Premio

L'entità del premio per ogni Assicurato viene determinata moltiplicando il capitale assicurato per il tasso di premio riportato nell'Appendice 1 determinato in base al sesso e all'età computabile raggiunta dall'Assicurato. Alla somma dei premi relativi ai singoli Assicurati, determinati come sopra indicato, viene aggiunta l'eventuale imposta sulle assicurazioni nella misura e con le modalità previste dalla normativa in vigore.

Per gli eventuali nuovi Assicurati che saranno assunti in data diversa dalla ricorrenza annuale, la Contraente verserà il premio dovuto determinato in base al capitale assicurato e al tasso di cui all'Appendice 1 ridotto proporzionalmente in base alla durata della copertura effettiva.

Per gli Assicurati esclusi dalla copertura in epoca diversa dalla ricorrenza annuale, verrà rimborsata la quota di premio pagato e non fruito.

Gli inserimenti di nuovi assicurati o le esclusioni saranno confermati dalla Compagnia tramite appendice.

La decorrenza della copertura assicurativa per i singoli inserimenti, o la cessazione della stessa, saranno quelle comunicate dal Contraente.

Qualora l'importo pagato o riservato per sinistri accaduti nell'anno sia inferiore al 40% del premio netto di rinnovo in scadenza nell'anno stesso, a tale premio verrà applicato uno sconto quantificato nella misura del 5% del premio, purché i sinistri pagati o riservati registrati negli esercizi precedenti non siano stati superiori ai premi netti.

Parte II - Conclusione del contratto e Modalità assuntive

Articolo 3 - Conclusione del contratto, entrata in vigore, durata e rinnovo del contratto

Il contratto collettivo decorre dal 1/1/2015 per la durata di anni tre. Esso si intende tacitamente rinnovato per uguali periodi successivi, salvo disdetta di una delle due parti da comunicare con preavviso di almeno 180 giorni mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

La data di decorrenza di ogni singola posizione assicurativa coinciderà con la data di decorrenza del contratto collettivo o con quella di una successiva ricorrenza annuale.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perda i requisiti che ne hanno consentito l'ingresso in assicurazione; il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società..

Articolo 4 - Modalità Assuntive

Il rischio verrà assunto senza alcuna documentazione sanitaria.

Sono assicurati gli Aderenti al Fondo Pensione "Gruppo Cariparma Crédit Agricole" alla data di prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo a condizione che :

- risultino all'epoca delle prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo dipendenti **dei datori di lavoro che in conformità allo Statuto sono tenuti alla contribuzione al Fondo;**
- abbiano all'epoca della prima decorrenza e ad ogni rinnovo successivo un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 70 anni.

Parte III - Disciplina in corso del contratto

Il contratto è disciplinato, oltre che dalle condizioni contenute nel presente fascicolo, dalle Appendici che costituiscono parte integrante del Contratto e dalle norme legislative in materia.

Articolo 5 – Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle Appendici da essa firmate.

Articolo 6 – Obblighi del Contraente

Sul Contraente gravano tutti gli obblighi derivanti dal contratto, ed in particolare:

- il pagamento dei premi
- l'invio alla Società di tutte le comunicazioni relative al contratto.

Inoltre, nel caso in cui gli Assicurati sostengano indirettamente, anche parzialmente, l'onere connesso al pagamento dei premi, ovvero siano portatori di un interesse alla prestazione – direttamente o tramite i loro aventi causa – il Contraente è obbligato a consegnare agli Assicurati copia delle presenti condizioni di polizza, secondo le modalità previste nella Convenzione.

Articolo 7 – Dichiarazione del contraente e dell'assicurato (Incontestabilità)

Le dichiarazioni del Contraente e dei singoli Assicurati devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dal primo ingresso in copertura (esclusi quindi i rinnovi annuali successivi) da parte del singolo Assicurato, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato stesso, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

Articolo 8 – Limiti di Età

All'atto della stipulazione del contratto ed ai successivi rinnovi annuali, possono essere inclusi nell'assicurazione temporanea caso morte ed invalidità permanente totale tutti i gli appartenenti al gruppo aventi età non inferiore a 18 anni e non superiore a 70 anni.

L'età dell'assicurato sarà calcolata basandosi sull'età al compleanno più vicino al momento del primo ingresso in assicurazione o del rinnovo (età assicurativa alla Data di inizio copertura).

Parte IV – Beneficiari, impegni e pagamenti della Società

Articolo 9 – Beneficiari

I Beneficiari in caso di premorienza dell'Assicurato vengono designati dall'Assicurato; in mancanza di tale designazione, il beneficio spetta agli eredi testamentari o in mancanza agli eredi legittimi. In caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente superiore a due terzi di quella totale il beneficio spetta all'Assicurato.

Articolo 10 – Capitali Assicurati

Il capitale garantito per ciascun Assicurato è definito in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati ed è pari a quanto indicato in polizza a ciascun Assicurato.

Articolo 11 – Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia il decesso e l'invalidità totale e permanente causati da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- 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.

In questi casi, la Società liquiderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Articolo 12 – Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento, fino all'occorrenza massima pari a 30 volte il capitale medio assicurato fino ad un massimo di 4,5 milioni di euro . Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai relativi capitali assicurati.

Articolo 13 – Denuncia e accertamento dell'Invalidità

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve farne denuncia alla Società entro due mesi dalla data di cessazione, tramite mail da inviarsi al seguente indirizzo: liquidazioni@ca-vita.it corredata di tutta la documentazione richiesta ai sensi dell'art. 15.

Il Contraente 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 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 30 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. 14 il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene invece riconosciuta il Contraente 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.

In caso di intervenuto decesso dell'Assicurato, la procedura di accertamento dell'invalidità si interrompe ed il contratto resta regolato unicamente dalle condizioni contrattuali che disciplinano l'assicurazione per il caso di morte dell'Assicurato.

Articolo 14 – Controversie sull'accertamento dell'invalidità: Collegio Arbitrale

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.

Articolo 15 – Pagamenti della Società in caso di morte o invalidità dell'assicurato

La Società esegue la liquidazione delle somme dovute a termini di contratto previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'esistenza effettiva dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In particolare, in caso di decesso dell'Assicurato, dovrà essere presentata la seguente documentazione:

1. Comunicazione del Contraente circa l'avvenuto decesso dell'Assicurato.
2. Certificato di morte dell'Assicurato.

3. In caso di decesso per malattia, relazione redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso (vedi Appendice n. 2).
4. In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso.
5. Copia dell'atto notorio, redatto in Tribunale o presso un Notaio ed alla presenza di due testimoni, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento e se quest'ultimo, di cui dev'essere rimessa copia, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali Beneficiari, gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà altresì riportare l'elenco di tutti gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi.
6. In caso di presenza tra gli aventi diritto di minori od incapaci: copia del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od incapaci, indicando anche le modalità per il reinvestimento di tale somma, con esonero per la Società da ogni responsabilità.

La Società liquiderà il sinistro morte in una settimana dal pervenimento della documentazione completa sopra elencata.

Per i pagamenti conseguenti all'invalidità dell'Assicurato, dovrà essere presentata la seguente documentazione:

1. Copia della richiesta inviata ad INPS/INAIL per l'attestazione dello stato d'invalidità e gli esiti di detta richiesta.
2. Dettagliato certificato del medico curante dell'Assicurato (vedi Appendice n. 3) ,sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri.
3. Dichiarazione del datore di lavoro su carta intestata che dichiari la data di inizio e la data di fine del rapporto di lavoro.

La Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, si riserva il diritto di procedere 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.

Parte V - Disposizioni finali

Art. 16 – Liquidabilità delle prestazioni assicurate

Saranno pagati perché inclusi in copertura tutti i sinistri morte , purchè liquidabili, per i quali il decesso sia successivo alla data di decorrenza delle convenzione fissata al 1/1/2015 o alla data di inclusione in copertura se successiva;

Saranno pagati perché inclusi in copertura tutti i sinistri invalidità , purchè liquidabili, per i quali la cessazione del rapporto di lavoro sia successiva al 1/1/2015.



Articolo 17 – Tasse e Imposte

Tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 18 – Foro Competente

Per la determinazione del Foro competente valgono le norme di legge.

Il Rappresentante legale

Philippe Marelli



FP GRUPPO BANCARIO CREDIT AGRICOLE ITALIA
PERVENUTO IL
9 LUG 2018
Protocollo n. **2636**

Appendice n. 1A

alla CONVENZIONE N. 60023



Con la presente Appendice che è parte integrante della Convenzione n. 60023 le Parti, di comune accordo, convengono di apportare, con decorrenza 1/7/2018, le seguenti modifiche al testo della Convenzione stipulata in data 29/12/2014 e alle sue Condizioni Contrattuali:

Modifica A) L'articolo 11 della Nota Informativa viene integralmente sostituito dal seguente punto:

Articolo 11. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo e ad individuare gli aventi diritto.

Richieste di pagamento incomplete comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art. 15 delle Condizioni Contrattuali.

Il pagamento viene effettuato entro 30 giorni dal pervenimento della documentazione completa per la garanzia TCM ed entro 30 giorni dall'accertamento dell'invalidità da parte della Società per la garanzia ITP. Si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

Modifica B) L'articolo 9 delle Condizioni Contrattuali viene integralmente sostituito dal seguente punto:

Articolo 9. Beneficiari

I Beneficiari in caso di premorienza dell'Assicurato vengono designati dall'Assicurato; in mancanza di tale designazione, il beneficio spetta agli eredi testamentari o in mancanza agli eredi legittimi. In caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente superiore a due terzi di quella totale il beneficio spetta all'Assicurato.

La comunicazione del Contraente della nomina o revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che, in quanto tale, non potrà essere opposto alla Società fino a che la nomina o revoca o modifica del beneficiario non sia stata comunicata alla Società medesima.

Modifica C) L'articolo 13 delle Condizioni Contrattuali viene integralmente sostituito dal seguente punto:

Articolo 13. Denuncia e accertamento dell'Invalidità

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente 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. 15.

Il Contraente 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 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 30 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. 14 il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene invece riconosciuta il Contraente 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. Qualora, invece, prima dell'accertamento della "malattia grave", l'assicurato dovesse decedere, la Società consente agli eredi/beneficiari dell'assicurato di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante consegna di documentazione idonea a verificare la circostanza, ovvero di sostituire la richiesta di indennizzo per invalidità con la richiesta di indennizzo per caso morte.

Modifica D) L'articolo 15 delle Condizioni Contrattuali viene integralmente sostituito dal seguente punto:

Articolo 15. Pagamenti della Società in caso di morte o invalidità dell'assicurato

La Società esegue la liquidazione delle somme dovute a termini di contratto previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'esistenza effettiva dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In particolare, in caso di morte dell'Assicurato dovrà essere presentata la seguente documentazione:

- comunicazione del Contraente circa l'avvenuto decesso dell'Assicurato
- certificato di morte dell'Assicurato; documentazione idonea ai fini dell'adempimento degli obblighi di identificazione del beneficiario ai sensi del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014 e del Decreto Legislativo n. 231 del 21 novembre 2007, (normativa antiriciclaggio)
- laddove il Beneficiario sia individuato nella propria qualità di erede legittimo o testamentario ed esista un testamento:
 - la copia autentica o l'estratto autentico del testamento,
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti quali sono gli eredi e che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso 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;
- laddove il Beneficiario sia individuato nella propria qualità di erede legittimo o testamentario e non esista un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti quali sono gli eredi e che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari;
- laddove il Beneficiario sia individuato senza riferimento alla propria qualità di erede legittimo o testamentario (es. mediante indicazione delle generalità del Beneficiario):
 - la documentazione necessaria per provare la propria designazione, ove tale designazione non risulti già dal modulo di polizza o dalla documentazione in possesso della Compagnia:

i. se c'è testamento:

- a. copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
- b. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso 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.

ii. se non c'è testamento:

- a. 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 disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari.

- In caso di decesso per malattia, relazione redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso (vedi Appendice n. 2).
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

Per tutti i pagamenti della Società è richiesto il codice fiscale dei Beneficiari.

Va inoltre prodotto l'originale del decreto del Giudice Tutelare, se fra gli aventi diritto vi sono minori od incapaci, che autorizzi l'Esercente la potestà parentale od il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.

La Società si riserva comunque il diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento, individuare gli aventi diritto e adempiere agli obblighi di natura fiscale.

La Società liquiderà il sinistro morte in 30 giorni dal pervenimento della documentazione completa sopra elencata.

Per i pagamenti conseguenti all'invalidità dell'Assicurato, dovrà essere presentata la seguente documentazione:

1. Comunicazione circa l'avvenuto sinistro dell'Assicurato.
2. Copia della richiesta inviata ad INPS/INAIL per l'attestazione dello stato d'invalidità e gli esiti di detta richiesta.
3. Dettagliato certificato del medico curante dell'Assicurato (vedi Appendice n.3) sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri.

4. Dichiarazione del datore di lavoro su carta intestata che dichiara la data di inizio e la data di fine del rapporto di lavoro.

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.

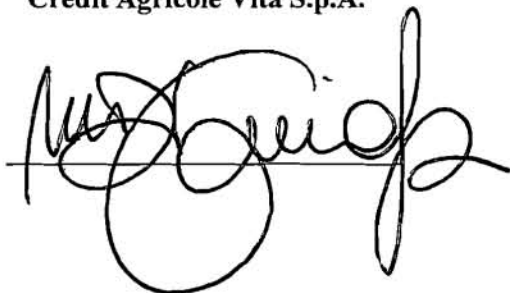
Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La Compagnia, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.SA), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad embargo o asset freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrare o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di CA.SA. nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente contratto assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure

Milano, 15/06/2018

Crédit Agricole Vita S.p.A.



Fondo Pensione Gruppo

Bancario Crédit Agricole Italia



APPENDICE N.1 - TABELLA TASSI DI PREMIO
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO GARANZIA: MORTE / MORTE INVALIDITA'
**Tassi per assicurare 1000 euro di
capitale**

GARANZIA CASO MORTE O INVALIDITA' PERMANENTE					
ETA'	TASSO PREMIO		ETA'	TASSO PREMIO	
	MASCHI	FEMMINE		MASCHI	FEMMINE
18	0,41421	0,16152	45	1,24947	0,78368
19	0,45650	0,16862	46	1,35263	0,87289
20	0,48611	0,17079	47	1,51927	0,94679
21	0,51325	0,16645	48	1,64497	1,03258
22	0,52805	0,17677	49	1,79999	1,14493
23	0,53584	0,17546	50	1,98185	1,23190
24	0,54899	0,17769	51	2,20010	1,35871
25	0,54144	0,17737	52	2,43505	1,51156
26	0,53761	0,18217	53	2,79741	1,69629
27	0,53360	0,19196	54	2,97726	1,85209
28	0,52322	0,20130	55	3,24919	2,03353
29	0,51325	0,20833	56	3,60954	2,21938
30	0,52357	0,22049	57	4,11530	2,40641
31	0,52056	0,22976	58	4,54726	2,57878
32	0,54268	0,24449	59	5,18054	2,83832
33	0,57017	0,26999	60	5,61593	3,03600
34	0,60527	0,29123	61	6,12204	3,19916
35	0,62550	0,32226	62	6,66967	3,49269
36	0,65387	0,34941	63	7,19419	3,73310
37	0,67605	0,37623	64	7,94002	4,13622
38	0,71817	0,40989	65	8,83651	4,68686
39	0,77426	0,45130	66	9,86760	5,27181
40	0,83013	0,49509	67	11,00175	5,79681
41	0,88380	0,53683	68	12,11253	6,38150
42	0,95553	0,58338	69	13,50900	7,08702
43	1,03316	0,63741	70	15,11787	7,85105
44	1,14075	0,70565			

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Eseguita dal Dott. _____

Sulla malattia che determinò la morte dell'assicurato/a Signor/a _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

Causa del decesso:	
Diagnosi della malattia iniziale:	
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	

Eventuali note o informazioni aggiuntive che il curante ritiene di dover fornire:

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Luogo _____, il _____

Firma e timbro del medico



APPENDICE N.3- RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO PER SINISTRO INVALIDITA'
RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE
Eseguita dal Dott. _____

 In merito alla causa che determinò **Invalità Totale Permanente** dell'assicurato/a

Signor/a _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato. La raccolta di informazioni non è finalizzata a non indennizzare il sinistro ma a ricostruire nel suo complesso la situazione clinica dell'assicurato per quantificare la percentuale di invalidità.

Causa dell'Invalità Totale Permanente per Infortunio o malattia	
Esatta descrizione della lesione (tipo e sede anatomica) o della malattia Causa diretta della lesione iniziale della malattia, e data d'insorgenza.	
1) Era il medico abituale dell'assicurato?	Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a lesioni/patologie di rilievo: _____ _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>



	<p>Nel caso non fosse il medico abituale dell'assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e l'indirizzo del medico abituale:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2) Quando fu consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'infortunio o alla malattia?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3) L'infortunio o malattia, quali esiti o postumi ha procurato all'assicurato?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4) Sono stati effettuati esami clinico- strumentali, visite specialistiche e/o di approfondimento per definire il grado di invalidità derivante dall'infortunio o dalla malattia?</p> <p>Gli esiti dell'infortunio o i postumi della malattia o i postumi della malattia possono comportare un' invalidità totale permanente in base alla tabella INAIL? In quale percentuale?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5) L'infortunio o la malattia era connesso a lesioni o stati patologici precedenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quando si sono manifestati e quali</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



	<hr/> <hr/> <hr/>
6) Qual' è la durata probabile dell'incapacità al lavoro?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Luogo _____ il _____

Firma e timbro del medico






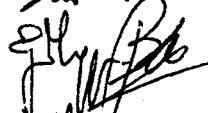
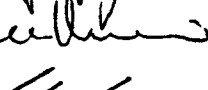



Parma, 9.10.2014

LA PRESENTE SOSTITUISCE LA TAVOLA 2 DI CUI ALL'ACCORDO DEL 27.10.1999

COEFFICIENTI PER LA DETERMINAZIONE DEI CAPITALI ASSICURATI

ETA'	coefficiente	ETA'	coefficiente
18	0,7303	45	0,7528
19	0,7628	46	0,6851
20	0,7966	47	0,6202
21	0,8320	48	0,5582
22	0,8690	49	0,4992
23	0,9076	50	0,4433
24	0,9479	51	0,3906
25	0,9900	52	0,3412
26	1,0340	53	0,2951
27	1,0579	54	0,1692
28	1,0555	55	0,1390
29	1,0519	56	0,1125
30	1,0472	57	0,0896
31	1,0413	58	0,0699
32	1,0341	59	0,0533
33	1,0256	60	0,0395
34	1,0158	61	0,0282
35	1,0046	62	0,0192
36	0,9920	63	0,0123
37	0,9779	64	0,0072
38	0,9624	65	0,0037
39	0,9454	66	0,0015
40	0,9268	67	0,0003
41	0,8934	68	0,0003
42	0,8592	69	0,0003
43	0,8243	70	0,0003
44	0,7889		

FIBA 
FABI 
ULCA 
SINFUB 
DIRCREDITO 
CGLCREDITO 
FISAC 
UNISIA 

FONDO PENSIONE GRUPPO BANCARIO CREDIT AGRICOLE ITALIA

CAPITALE BASE PER GRADO

Grado	ANNO 2024
-------	-----------

Dirigenti	474.658,51
QD. L 4	360.634,39
QD. L 3	299.644,76
QD. L 2	198.879,26
QD. L 1	177.665,47
3 AP 4L	164.406,86
3 AP 3L	151.148,24
3 AP 2L	143.193,07
3 AP 1L	137.889,61
Ex area 1 e 2	127.282,73