

MENTE SERENA Premium

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di proposta**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



Groupama

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

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 della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 -00144 Roma – Italia. Tel +39 06/3018.1 - fax +39 06/80210.831 - www.groupama.it; info@groupama.it; PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2014, il patrimonio netto della Società ammonta a 444,2 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 271,6 milioni di Euro.

Alla stessa data l'indice di solvibilità della gestione vita, corrispondente al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,16.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto può essere fissata tra un minimo di 2 ad un massimo di 25 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato non ecceda i 75 anni nel corso della stessa. In presenza di coperture complementari l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non può superare i 65 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale.

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

COPERTURE COMPLEMENTARI (solo se espressamente richiamate nel contratto)

Le coperture o garanzie complementari sono applicabili alle sole forme assicurative a premi annui per le quali l'età dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale non eccede i 65 anni.

▪ *Copertura complementare infortuni*

In caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio o di sua invalidità totale e permanente prima della scadenza del contratto e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, viene corrisposto un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato dalla componente assicurativa della garanzia base, raddoppiato in caso di decesso per infortunio automobilistico. **Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda agli artt. 1, 2 e 3 dell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione.**

▪ *Copertura complementare beneficio orfani*

In caso di decesso del coniuge dell'Assicurato, successivamente o contemporaneamente a quello dell'Assicurato e comunque entro la scadenza del contratto e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, viene corrisposto un capitale aggiuntivo, pari a quello assicurato con la garanzia base, ai figli della coppia in parti uguali. **Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda all'art. 1 dell'Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione.**

▪ *Copertura complementare di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente*

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato, prima della scadenza del contratto, in misura di almeno due terzi del normale, e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, il contratto prevede l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale. **Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda agli artt. 1 e 2 dell'Allegato 3 alle Condizioni di Assicurazione.**

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità permanente dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica ed esami clinici.

E' possibile, entro determinati importi di capitale ed entro certi limiti di età, limitarsi alla compilazione di un questionario anamnestico; **tuttavia, in tal caso l'efficacia della garanzia risulta sospesa per un certo periodo di tempo e per alcune patologie, secondo quanto previsto dagli artt. 4 e 5 delle Condizioni di Assicurazione, dagli artt. 4 e 5 dell'Allegato 1, dall'art. 3 dell'Allegato 2 e dall'art. 3 dell'Allegato 3 alle stesse Condizioni di Assicurazione. Inoltre, anche qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli esami clinici richiesti dalla Società, trovano applicazione le limitazioni di cui all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.**

La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può chiedere di essere sottoposto a visita medica, anche nei casi in cui questa non è normalmente richiesta dalla Società.

E' inoltre necessario fornire informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stato di fumatore/non fumatore, lo stile e le abitudini di vita.

Si richiama l'attenzione del Contraente circa la necessità di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute in proposta relative alla compilazione, in modo completo e veritiero, dei predetti questionari.

Inoltre, si raccomanda di leggere attentamente quanto riportato nelle Condizioni di Assicurazione, relativamente alle esclusioni ed i limiti di garanzia.

4. Premi

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo costante anticipato, pagabile per il periodo pattuito e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione del numero e dell'entità delle garanzie prestate, della durata del contratto, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte, dello stato di fumatore/non fumatore.

Il premio annuo può essere corrisposto in rate annuali o frazionate (semestrali o trimestrali), in quest'ultimo caso è prevista una maggiorazione di costo, illustrata al successivo art. 6.1.1, per tener conto del ridotto flusso dei premi alla Società.

Il premio annuo minimo della garanzia base, al netto dei diritti, del costo delle eventuali coperture complementari, degli interessi di frazionamento e degli eventuali sovrappremi, è fissato nella misura di 75,00 Euro, ovvero nella misura di 150,00 Euro, qualora sia stato attivato il frazionamento trimestrale.

Non è previsto alcun versamento a carico del Contraente alla sottoscrizione della proposta.

In caso di sospensione del pagamento dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'intermediario in tale sua qualità;
- ordini di bonifico e/o altri mezzi di pagamento bancario, postale o elettronico comunque sempre emessi a favore dell'Impresa o dell'intermediario, in tale sua qualità.

In caso di pagamento tramite bonifico su conto corrente intestato a Groupama Assicurazioni S.p.A., le coordinate del conto corrente da accreditare sono riportate sul retro del simple di polizza.

I premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine", pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento.

Non è previsto alcun versamento a carico del Contraente alla sottoscrizione della proposta.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto, come illustrato al precedente art. 3, riconosce, al verificarsi dell'evento assicurato, una prestazione costante per tutta la durata contrattuale, di conseguenza, non è prevista alcuna modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	2,00 Euro	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Interessi per il frazionamento del premio annuo	2,0% su ogni premio annuo al netto dei diritti, in caso di rate semestrali, 2,5% se trimestrali	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Caricamento fisso di 10 Euro e caricamento percentuale variabile in base all'importo del capitale assicurato, secondo quanto riportato nella seguente tabella A	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento

Tabella A – Caricamento percentuale prelevato su ogni rata di premio, al netto dei diritti, degli interessi di frazionamento e del caricamento fisso, al variare dell'importo del capitale assicurato

Importo capitale assicurato	Caricamento percentuale
Fino a 250.000,00 Euro	14,00%
Da 250.000,01 Euro a 450.000,00 Euro	12,50%
Oltre 450.000,00 Euro	12,00%

Il costo della visita medica e degli esami clinici eventualmente necessari è a carico del Contraente. La relativa entità non è quantificabile a priori, in quanto variabile in funzione del numero e della natura degli accertamenti richiesti, nonché dalla struttura presso la quale gli stessi sono eseguiti.

Il Contraente può rivolgersi alle strutture sanitarie di suo gradimento, fermo rimanendo che il rapporto di visita medica può essere redatto in via alterantiva da medici delle A.S.L., cardiologi, medici legali o internisti, utilizzando un modulo predisposto dalla Compagnia.

Se l'importo del capitale assicurato non supera i 650.000,00 Euro, il rapporto di visita medica può essere redatto dal medico di base dell'Assicurato, altresì noto come medico di famiglia, sempre utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia.

* * *

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 65%.

7. Sconti

Per i soli clienti della Società classificati come "Platino" o "Oro", nell'ambito del progetto "Focus Cliente", è previsto uno sconto sui premi annui, variabile in funzione dell'importo del capitale assicurato e della durata del contratto. La misura dello sconto non può in ogni caso eccedere il 7,5% del premio annuo base.

Si rimanda al Glossario per la definizione di cliente "Platino" e "Oro"

8. Regime fiscale

Sono di seguito riportate le norme in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa, con riferimento alla specifica forma contrattuale oggetto del presente Fascicolo Informativo.

Imposta sui premi

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte ad eccezione della quota di premio relativa alla garanzia complementare infortuni; per tale componente l'imposta è pari al 2,5%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

Tassazione delle prestazioni

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato, ai sensi del presente contratto, non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni. I capitali comunque corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento del contratto e di determinazione della decorrenza delle coperture assicurative sono dettagliatamente illustrate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il premio del primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero. A partire dal secondo anno è facoltà del Contraente interrompere il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la risoluzione del contratto, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Riscatto e riduzione

In caso di sospensione dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

Entro ventiquattro mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione; per le modalità, i termini e le condizioni economiche si rimanda all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

12. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dal Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

13. Diritto di recesso

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.
- la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di polizza) di 2,0 Euro specificati in polizza e indicati al precedente art. 6.1.1, e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.

14. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Il Contraente o il/i Beneficiario/i sono tenuti a presentare alla Società, per ogni ipotesi di liquidazione da parte della stessa, la documentazione di cui all'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la succitata documentazione, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo ed individuati gli aventi diritto alla liquidazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali nel termine di trenta giorni dall'avvenuta conoscenza dell'evento nonché dalla ricezione della documentazione, di cui al precedente comma, che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso il suddetto termine, la Società riconosce agli aventi diritto, a partire dallo stesso, i dovuti interessi moratori.

Si precisa, inoltre, che i diritti alla riscossione delle prestazioni derivanti dal contratto si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro il suddetto termine vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

15. Legge applicabile al contratto

Al presente contratto si applica la legge italiana. In particolare si rilevano i seguenti aspetti legali:

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza delle polizze vita non sono pignorabili né sequestrabili. Tuttavia il premio corrisposto dal Contraente soggiace alle disposizioni relative alla revocabilità degli atti compiuti in pregiudizio ai creditori.

Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, le somme corrisposte al Beneficiario a seguito di decesso non rientrano nell'asse ereditario

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma - fax: 06 80.210.979 - E-mail: reclami@groupama.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 degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

18. Informativa in corso di contratto

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina "Aggiornamenti documentazione" raggiungibile dalla sezione Prodotti del sito www.groupama.it.

Sul sito www.groupama.it è disponibile un'Area Clienti riservata dove è possibile consultare la propria posizione assicurativa. Per garantire una consultazione sicura, le credenziali d'accesso verranno rilasciate solo su specifica richiesta.

Per ottenerle, è necessario effettuare la registrazione all'area riservata, accessibile dalla home page del sito della Società, e seguire le istruzioni riportate.

Alla conclusione del processo verranno fornite le credenziali per la consultazione dell'area riservata.

19. Conflitto di interessi

La Società si impegna a:

- mettere in atto le procedure di monitoraggio per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse;
- evitare, sia nella fase di offerta che in quella d'esecuzione del presente prodotto, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo;
- garantire, nei casi in cui il conflitto non possa essere evitato, che gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio;
- operare, ai sensi e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 51 del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 35 del 26 maggio 2010 e successive modifiche ed integrazioni, nell'interesse dei contraenti al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

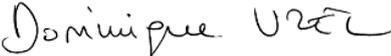
Per la commercializzazione di tale prodotto non sono state individuate situazioni in cui la Società operi direttamente o indirettamente in conflitto di interessi. In ogni caso la Società si impegna:

- pur in presenza del conflitto di interessi, ad operare in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti;
- ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile, indipendentemente dall'esistenza di eventuali accordi.

* * *

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Dominique Uzel



Dati aggiornati al 1° Luglio 2015
Nota Informativa del Fascicolo Informativo Mod. 220198 Ed. 07-2015

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

Premessa

Il Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nel documento di polizza, comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Art. 1 - Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e appendici da essa firmate.

Art. 2 - Prestazioni Assicurate

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale **e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale. **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la polizza si intenderà estinta, ed i premi corrisposti resteranno acquisiti dalla Società.**

La durata del contratto può essere fissata tra un minimo di 2 ad un massimo di 25 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato non ecceda i 75 anni nel corso della stessa. In presenza di garanzie complementari l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non può superare i 65 anni.

Art. 3 - Conclusione ed efficacia del contratto

Il contratto si considera perfezionato o concluso nel momento in cui:

- il documento di polizza, firmato dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato;

oppure

- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società il documento di polizza debitamente firmato o altra comunicazione scritta attestante il proprio assenso.

Salvo quanto previsto al comma 1° del presente articolo, gli effetti del contratto decorrono, a condizione che sia stato corrisposto il primo premio, dalle ore 24:00 del giorno di conclusione del contratto. Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno ivi previsto.

Il primo premio corrisposto dal Contraente, viene accettato da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine"; pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento.

Art. 4 - Rischio di morte (esclusioni dalla garanzia assicurativa)

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali.

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;

- **abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;**
- **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;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;**
- **attività professionale che comporti una maggiorazione di rischio e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione, non venga dichiarata dall'Assicurato;**
- **attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio e non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.**

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti agli artt. 5 e 6, qualora essi siano espressamente richiamati nel contratto.

Art. 5 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica (limiti alla garanzia assicurativa)

Entro determinati importi di capitale assicurato ed entro certi limiti di età, il contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni contrattuali, rimane convenuto che, **qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza e la polizza stessa sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi corrisposti al netto dei diritti e degli accessori.**

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza la limitazione sopraindicata e pertanto le garanzie previste della polizza saranno pienamente operanti, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non verrà pagato.

Art. 6 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica (limiti alla garanzia assicurativa)

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, producendo gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio morte in relazione alla somma assicurata, ma si sia rifiutato di eseguire gli esami clinici per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle condizioni contrattuali, rimane convenuto che **se il decesso dell'Assicurato avviene entro i primi 7 anni dalla conclusione della polizza ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.**

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, la polizza non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, nella proposta di assicurazione o negli altri documenti, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. **L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.**

Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie per l'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini di antiriciclaggio, in quanto al presente contratto si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente, che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, per espressa disposizione di legge, non sarà possibile dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al Contraente di quanto di sua spettanza (art. 23 del Decreto).

Art. 8 - Diritto di revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dal Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

Art. 9 - Diritto di recesso del Contraente

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.
- la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata **entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di emissione) di 2,0 Euro specificati in polizza e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.

Art. 10 - Premi annui costanti

A fronte della prestazione assicurata sono dovuti dei premi annui costanti per l'intera durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite contro ricevuta emessa dalla Società, presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Il premio relativo al primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

I premi corrisposti vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine" degli stessi.

I premi annui possono essere corrisposti anche in rate frazionate (semestrali o trimestrali), previa **applicazione di una maggiorazione per il frazionamento pari al 2,0% del premio, in caso di frazionamento semestrale, al 2,5% del premio, in caso di frazionamento trimestrale.**

Il premio annuo minimo della garanzia base, al netto dei diritti, del costo delle eventuali coperture complementari, degli interessi di frazionamento e degli eventuali sovrappremi, è fissato nella misura di 75,00 Euro, ovvero nella misura di 150,00 Euro, qualora sia stato attivato il frazionamento trimestrale.

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di 2,0 Euro.

Art. 11 - Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione

In caso di sospensione del pagamento dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

A giustificazione del mancato pagamento, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non abbia inviato avvisi di scadenza, né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 12 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

Entro ventiquattro mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione, **dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio legale di interesse.**

Tuttavia, trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata insoluta, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, ed è subordinata a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

La riattivazione del contratto ripristina le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione dei premi, a partire dalle ore 24:00 del giorno di pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi ventiquattro mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione non può più essere riattivata.

Art. 13 - Cessione, pegno, vincolo e beneficiari

Il Contraente può cedere ad altri la polizza, così come può darla in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, dietro comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale della polizza o su specifica appendice.

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del Contraente;
- dopo che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società o contenute in un testamento valido.

Art. 14 - Definizione di Non - Fumatore

E' definito Non - Fumatore il soggetto che non ha mai fumato sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e che non abbia intenzione di farlo in futuro. Lo stato di Non - Fumatore deve risultare dalle dichiarazioni rese dall'Assicurato nella Proposta di Assicurazione.

Art. 15 - Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare la Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - di ogni modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto.

Art. 16 - Passaggio da stato di Non - Fumatore a Fumatore

Se l'Assicurato dichiaratosi Non - Fumatore inizia o riprende a fumare, **deve darne comunicazione entro il termine di trenta giorni alla Società**, secondo le modalità indicate al precedente art. 15.

In tale circostanza la Società si riserva di verificare le nuove condizioni proponibili, riducendo l'importo del capitale assicurato o aumentando il premio annuo dovuto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice, indicando il nuovo capitale assicurato ridotto o il nuovo premio annuo, che sarà dovuto a partire dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione.

L'eventuale riduzione del capitale assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della data di ricevimento della comunicazione del passaggio di stato da parte della Società.

In caso di mancata comunicazione del cambiamento di comportamento tabagico dell'Assicurato, la Società, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del C.C., può rivalersi riducendo la somma dovuta in caso di sinistro, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 17 - Passaggio da stato di Fumatore a Non - Fumatore

Se l'Assicurato dichiaratosi Fumatore smette di fumare, **deve darne comunicazione alla Società trascorso il termine di ventiquattro mesi dalla data in cui ha fumato l'ultima sigaretta**, secondo le modalità indicate al precedente art. 15.

Alla suddetta comunicazione dovrà essere allegata una dichiarazione del medico di famiglia attestante che l'Assicurato ha smesso di fumare.

In tale circostanza, la Società si riserva di richiedere nuova documentazione sanitaria e, sulla base della stessa, di verificare la possibilità di adeguare le condizioni contrattuali in corso oppure di mantenerle invariate.

L'eventuale adeguamento potrà aver luogo, a discrezione della Società, mediante aumento dell'importo del capitale assicurato o diminuzione del premio annuo dovuto.

L'eventuale variazione del capitale assicurato o del premio annuo dovuto, sarà notificata dalla Società mediante appendice.

L'eventuale variazione del capitale assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della data indicata nell'appendice inviata dalla Società.

L'eventuale variazione del premio annuo avrà effetto a partire dal premio annuo dovuto alla ricorrenza annuale successiva di almeno 90 giorni alla data indicata nell'appendice.

Art. 18 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società, devono essere preventivamente consegnati alla stessa, unitamente all'originale di polizza (ed eventuali appendici), i documenti elencati di seguito. In caso di smarrimento degli originali di polizza, l'avente diritto dovrà fornire apposita dichiarazione.

In caso di morte:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto:
 - *Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente:*
originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.

In presenza di testamento, una copia autentica dello stesso dovrà essere allegata all'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva, da cui risulti che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato. Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita in polizza e la stessa riporta "gli eredi testamentari", l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva dovrà fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascun erede.

In assenza di testamento, oppure in caso di designazione beneficiaria attribuita in polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari", l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva deve contenere, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

- *Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente:*
dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi.
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di Beneficiario minorenne o incapace;

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

- 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;
- copia dell'eventuale referto autoptico.

In caso di invalidità permanente (se tale garanzia è esplicitamente richiamata nella polizza):

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente;

- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato;
- copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato di invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto;
- qualora le circostanze dell'invalidità permanente siano particolari, l'ulteriore documentazione in relazione al sinistro stesso, anche di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

La Società, informata del sinistro, potrà richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

La Società, una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta, comprensiva delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato presso la competente agenzia della Società, ovvero mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

Si precisa che i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile). Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro il suddetto termine vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 19 - Duplicato di polizza

In caso di smarrimento o distruzione dell'originale di polizza, il Contraente o gli aventi diritto possono ottenere un duplicato a proprie spese e responsabilità.

Art. 20 - Tasse e imposte

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

Art. 21 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio

Qualora la Società, con riferimento al contratto in via di sottoscrizione o a qualsiasi successiva operazione ad esso connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al Contraente di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dello stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

Art. 22 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

La presente polizza non sarà in alcun modo operante e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun risarcimento a seguito di qualsiasi sinistro o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, il pagamento di un sinistro o l'operatività delle garanzie possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto

da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 23 - Foro Competente

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI **(Garanzia attiva se richiamata esplicitamente nel documento contrattuale)**

Art. 1 - Prestazioni assicurate

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio o di sua invalidità permanente **prima della scadenza del contratto**, eventi definiti ai successivi artt. 2 e 3, **ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, viene corrisposto un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato dalla componente assicurativa della garanzia base; il capitale aggiuntivo viene raddoppiato in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio automobilistico, come definito al successivo art. 2.

Le prestazioni assicurate dalla garanzia complementare infortuni non possono essere cumulate con quelle della garanzia complementare beneficio orfani.

La prestazione a seguito del decesso dell'Assicurato per infortunio, viene corrisposta ai Beneficiari caso morte indicati in polizza, la prestazione a seguito del riconoscimento dell'invalidità permanente viene, invece, corrisposta all'Assicurato stesso.

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Definizione di infortunio

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, indipendente dalla volontà dell'Assicurato, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali di qualsiasi natura obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato.

Per infortunio automobilistico si intende quell'infortunio, come definito al comma precedente, cagionato da autoveicoli in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

L'Assicurato s'intende deceduto per infortunio/infortunio automobilistico a condizione che il decesso sopravvenga entro 365 giorni dal verificarsi dell'evento.

Art. 3 - Definizione dell'invalidità permanente

L'Assicurato è considerato invalido allorché, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica dopo la stipula del contratto, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo permanente e totale la capacità dell'esercizio della sua professione o mestiere e di ogni altro lavoro retribuito.

Art. 4 - Esclusioni dalla garanzia

E' escluso dalla presente garanzia complementare il decesso dovuto alle stesse cause per le quali l'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base esclude la copertura del rischio morte.

Con riferimento alla garanzia in caso di invalidità permanente, trovano applicazione i limiti di copertura, i periodi di carenza e le esclusioni previsti agli artt. 4, 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base.

Art. 5 - Limitazioni della garanzia

Le prestazioni della garanzia complementare sono esplicitamente limitate:

- a) in relazione all'età dell'Assicurato: il contratto deve considerarsi privo di effetto dal giorno in cui l'Assicurato raggiunge il 65° anno di età;**

- b) **in relazione agli obblighi militari dell'Assicurato: gli effetti del contratto rimangono sospesi, in tempo di guerra, per tutta la durata del servizio alle armi;**
- c) **in relazione all'accertamento del diritto alle prestazioni: nel verificarsi di eventi che possano rendere operanti le garanzie del contratto, l'adempimento delle prestazioni quivi stabilite è subordinato alla presentazione da parte degli aventi diritto dei documenti, delle testimonianze e delle attestazioni mediche comprovanti l'invalidità permanente o il decesso e che ne chiariscano le circostanze e ne dimostrino le cause.**

Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, la polizza non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, nella proposta di assicurazione o negli altri documenti, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. **L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.**

Art. 7 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa nei seguenti casi:

- **sull'assicurazione principale cessa, per qualsivoglia motivo, la corresponsione dei premi;**
- **l'Assicurato soffre di infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniache depressive e stati di oppressione), oppure al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso delle rate scadute, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.**

Art. 8 - Scioglimento del contratto

La morte dell'Assicurato o l'accertamento della sua invalidità permanente comportano lo scioglimento del contratto.

Art. 9 - Pagamento dei premi al verificarsi dell'infortunio o delle malattie invalidanti

Il verificarsi di infortunio o malattia invalidante non esime il Contraente dalla corresponsione dei premi sino al riconoscimento dell'indennizzabilità, fermo restando l'obbligo per la Società di restituire i premi incassati successivamente alla data in cui l'Assicurato è divenuto invalido.

Art. 10 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto dovranno inviare alla Direzione Generale della Società la denuncia dei sinistri che possano rendere operanti le garanzie della presente garanzia complementare, mediante lettera raccomandata A.R.. In caso di morte l'avviso dovrà essere inviato (salvo casi fortuiti o di forza maggiore) **entro 30 giorni dal decesso. L'Assicurato o gli aventi diritto sono inoltre obbligati, su richiesta della Società, a rendere con verità ed esattezza tutte le dichiarazioni, a fornire tutte le prove e consentire tutti gli accertamenti che dalla Società stessa siano ritenuti necessari per stabilire le cause e gli effetti della malattia o delle lesioni fisiche che hanno prodotto l'invalidità permanente oppure la morte dell'Assicurato, tutto ciò sotto pena di perdere il diritto alle prestazioni. L'impiego di documenti o di altri mezzi scientemente falsi, l'uso di raggiri ed artifizii e qualsiasi reticenza nella denuncia di un sinistro, allo scopo di esagerarne o mascherarne le cause o di falsarne le conseguenze, comporta di pieno diritto la risoluzione del contratto.**

Art. 11 - Riconoscimento dell'invalidità permanente o dell'infortunio

La Società, riconosciuta ai sensi e per gli effetti del presente contratto l'invalidità permanente dell'Assicurato o la causale infortunistica del suo decesso, pagherà il capitale assicurato per la

garanzia corrispondente, rispettivamente, all'Assicurato od ai beneficiari in caso morte della polizza vita, dopo accertamento definitivo dell'invalidità permanente o del decesso per infortunio.

Art. 12 - Controversie e Collegio Arbitrale

In caso di disaccordo sul riconoscimento dell'invalidità permanente o della causale infortunistica della morte, l'Assicurato o gli aventi diritto hanno facoltà, **entro 30 giorni dalla comunicazione avutane**, di promuovere, mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo la scelta del terzo arbitro sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore, senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di parti contrattuali.

Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Art. 13 - Richiamo alle disposizioni di legge

Per quanto non espressamente previsto nel presente contratto valgono le disposizioni di legge stabilite al Capo XX del Libro IV del Codice Civile.

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI

(Garanzia attiva se richiamata esplicitamente nel documento contrattuale)

Art. 1 - Prestazioni Assicurate

La Società corrisponde un capitale aggiuntivo, pari a quello garantito dalla componente assicurativa della garanzia base nell'anno in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato, in caso di morte del coniuge (per coniuge si intende la persona indicata in polizza) dell'Assicurato, a condizione che:

- **tale decesso avvenga contemporaneamente o successivamente alla morte dell'Assicurato, ma non oltre la scadenza del contratto;**
- **al decesso del coniuge, sopravviva almeno uno dei figli della coppia costituita dall'Assicurato e dal coniuge stesso;**
- **il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti.**

Le prestazioni assicurate dalla garanzia complementare beneficio orfani non possono essere cumulate con quelle della garanzia complementari infortuni.

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Beneficiari e premi

Per la presente garanzia resta convenuto che:

- **il beneficio è attribuito in parti uguali ai figli della coppia sopra definita, legalmente riconosciuti e in vita al decesso del coniuge;**
- **il costo aggiuntivo annuo della garanzia complementare è incluso nei premi della polizza ed è dovuto a condizione che siano in vita contemporaneamente l'Assicurato ed il coniuge.**

Art. 3 - Esclusioni e limiti della garanzia

Alla presente garanzia complementare si applicano i limiti di copertura, i periodi di carenza e le esclusioni previsti agli artt. 4, 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base.

Art. 4 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa nei seguenti casi:

- **sull'assicurazione principale cessa per qualsivoglia motivo la corresponsione dei premi, incluso il caso di esonero pagamento premi a seguito di invalidità permanente ai sensi della Garanzia complementare di cui all'Allegato 3 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso delle rate scadute, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.**

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE DI ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Garanzia attiva se richiamata esplicitamente nel documento contrattuale)

Art. 1 - Prestazioni Assicurate

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato **entro la scadenza del contratto**, come definita al successivo art. 2, **ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, il Contraente verrà esonerato dall'ulteriore pagamento dei premi relativi alla garanzia base.

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Definizione dell'invalidità permanente

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica dopo la stipula del contratto, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia ridotto, in modo presumibilmente permanente, la propria capacità all'esercizio della sua professione o mestiere e di ogni altra occupazione confacente alle sue attitudini ed abitudini, in misura almeno di due terzi del normale.

Art. 3 - Esclusioni e limitazioni della garanzia

Sono esclusi dalla presente garanzia complementare i casi di invalidità permanente che si verificano dopo il 65° anno di età dell'Assicurato.

Alla presente garanzia complementare si applicano i limiti di copertura, i periodi di carenza e le esclusioni previsti agli artt. 4, 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base.

Art. 4 - Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, la polizza non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, nella proposta di assicurazione o negli altri documenti, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. **L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.**

Art. 5 - Denuncia dell'invalidità permanente

Verificatasi l'invalidità permanente, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece **deve farne denuncia alla Società** per i necessari accertamenti facendo pervenire alla Società medesima, **a mezzo lettera raccomandata**, la documentazione elencata all'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 6 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, sono obbligati:

- **a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta a verificare l'invalidità permanente e la sua gravità;**
- **a sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.**

La Società si riserva inoltre il diritto di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

Art. 7 - Accertamento dell'invalidità permanente

La Società si impegna ad accertare l'esistenza dell'invalidità permanente entro sei mesi, dal ricevimento della documentazione tutta, richiesta a norma dei precedenti articoli 5 e 6.

Il decesso dell'Assicurato intervenuto prima del riconoscimento dell'invalidità permanente, comporta l'interruzione della procedura accertativa.

Art. 8 - Riconoscimento dell'invalidità permanente

La Società, riconosciuta ai sensi e per gli effetti del presente contratto l'invalidità permanente dell'Assicurato, esonererà il Contraente dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia base, dopo accertamento definitivo dell'invalidità permanente.

Art. 9 - Pagamento dei premi al verificarsi dell'invalidità permanente

Il verificarsi dell'invalidità permanente non esime il Contraente dalla corresponsione dei premi sino al riconoscimento dello stato di invalidità permanente ai sensi e per gli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo per la Società di restituire i premi incassati successivamente alla data in cui l'Assicurato è divenuto invalido.

Art. 10 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa:

- al decesso dell'Assicurato, oppure
- quando sull'assicurazione principale cessa, per qualsivoglia motivo, la corresponsione dei premi, oppure
- al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni.

Art. 11 - Controversie e Collegio Arbitrale

In caso di disaccordo sul riconoscimento dell'invalidità permanente, il Contraente ha facoltà, **entro 30 giorni dalla comunicazione avutane**, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo la scelta del terzo arbitro sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore, senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di parti contrattuali.

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

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Art. 12 - Richiamo alle disposizioni di legge

Per quanto non espressamente previsto nel presente contratto valgono le disposizioni di legge stabilite al Capo XX del Libro IV del Codice Civile.

GLOSSARIO

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

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

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso: in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Capitale in caso di invalidità da infortunio o malattia: indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che ha come conseguenza un'invalidità permanente così come definita nelle condizioni contrattuali.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali ed amministrativi della Società.

Cessione, pegno e vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Cliente Oro: nell'ambito del progetto di segmentazione della clientela della Società, denominato "Focus Cliente", è definito come "Oro" il cliente persona fisica che ha in essere con la Società contratti di assicurazione afferenti ad almeno tre aree di esigenza assicurativa contro i danni e non abbia avuto più di tre sinistri relativi a contratti assicurativi contro i danni negli ultimi tre anni.

Le aree di esigenza assicurativa contro i danni definite dalla Società sono:

- Auto;
- Famiglia (es: contratti assicurativi contro l'incendio dell'abitazione, il furto del suo contenuto, contratti di assicurazione di responsabilità civile sulla vita privata);
- Persona (es: contratti assicurativi contro gli infortuni e le malattie);
- Attività professionale (es: contratti assicurativi dedicati alle piccole attività professionali e imprenditoriali aventi un contraente persona fisica).

Cliente Platino: nell'ambito del progetto di segmentazione della clientela della Società, denominato "Focus Cliente", è definito come "Platino" il cliente persona fisica che ha in essere con la Società almeno un contratto assicurativo contro i danni non auto ed almeno un contratto assicurativo sulla vita e non abbia avuto più di tre sinistri relativi a contratti assicurativi contro i danni negli ultimi tre anni.

Compagnia: vedi "Società".

Conclusione del contratto: momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna alla corresponsione dei premi alla Società.

Contratto (di assicurazione sulla vita): contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui versamenti o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione): oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di premio successive.

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato): possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi secondo la normativa vigente, tutto o parte del premio versato per determinate tipologie di contratti o garanzie assicurative.

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diritti (o interessi) di frazionamento: in caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio annuo per tener conto della dilazione frazionata del premio a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario): diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento premi: periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano dei premi previsti dal contratto stesso.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa: modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: scheda sintetica (per i contratti con partecipazione agli utili), nota informativa, condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit-linked o del regolamento della gestione separata per le polizze rivalutabili, glossario, modulo di proposta.

Garanzia (o copertura) complementare (o accessoria): garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso d'invalidità.

Garanzia (o copertura) complementare di famiglia (o beneficio orfani): copertura assicurativa che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato e del coniuge contestualmente al decesso dell'Assicurato o entro un certo periodo la maggiorazione del capitale assicurato in caso di decesso secondo una misura prefissata nelle condizioni di polizza.

Garanzia (o copertura) complementare infortuni: copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio, il pagamento di un capitale aggiuntivo, raddoppiato in caso di decesso per infortunio automobilistico.

Garanzia (o copertura) principale (o base): garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinata altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Impresa di assicurazione: vedi "Società".

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario: soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

ISVAP: vedi IVASS.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'istituzione dell'IVASS, ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Margine di solvibilità: requisito patrimoniale che permette di garantire che le imprese siano finanziariamente solide e quindi in grado di onorare i propri impegni in caso sopravvengano rischi imprevisti, rappresentando una garanzia della stabilità finanziaria delle stesse. Il margine di solvibilità disponibile corrisponde, in linea di massima, al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. Il margine di solvibilità richiesto corrisponde al requisito patrimoniale minimo che l'impresa deve soddisfare, nel rispetto della normativa comunitaria vigente.

Nota informativa: documento contenuto nel fascicolo informativo redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Pegno: vedi "cessione".

Perfezionamento del contratto: momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Periodo di copertura (o di efficacia): periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso) : contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro un termine prestabilito (scadenza del contratto), o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di premi previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio di tariffa: somma del premio puro e dei caricamenti.

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni semestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di adeguatezza: principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Proposta: documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario (o anamnestico): modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso (o ripensamento): diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca: diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, la corresponsione dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante la corresponsione del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riduzione: diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere i premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente corrisposti rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riserve tecniche: accantonamenti effettuati dalle compagnie di assicurazione a fronte dei debiti e degli impegni verso gli assicurati.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Scadenza contrattuale: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione): società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

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

Tasso di premio: importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

Vincolo: vedi "cessione".

Dati aggiornati al 1° Luglio 2015
Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 220198 Ed. 07-2015

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Agenzia: _____ Cod.: _____ Acquisitore: _____ Cod.: _____

ASSICURANDO

Cognome: _____ Nome: _____ Stato civile: _____ Sesso: _____

Via/Piazza/N. Civico _____ CAP _____ Comune: _____ Prov.: _____

Nato a _____ Prov.: _____ il ___ / ___ / _____ Cod. Fiscale _____

Professione: _____

Doc. Tipo: _____ Numero: _____ Ente e luogo di rilascio: _____ di _____ Data ril. ___/___/___

CONTRAENTE

Cognome: _____ Nome: _____ Stato civile: _____ Sesso: _____

Via/Piazza/N. Civico _____ CAP _____ Comune: _____ Prov.: _____

Nato a _____ Prov.: _____ il ___ / ___ / _____ Cod. Fiscale _____

Professione: _____

Doc. Tipo: _____ Numero: _____ Ente e luogo di rilascio: _____ di _____ Data ril. ___/___/___

Sottogruppo: _____ Ramo Gruppo: _____

BENEFICIARI

In caso di morte: _____

Prodotto: "MENTE SERENA Premium"

Temporanea caso morte a capitale e premio annuo costante per Non Fumatori (codice tariffa 13NC) Fumatori (codice tariffa 13FC)

Decorrenza de contratto: ___/___/___ Durata: _____

Capitale da assicurare: Euro _____

Rateazione del premio: Annuale SemestraleGaranzie complementari: Infortuni Beneficio Orfani - generalità e data di nascita del coniuge: _____ /___/___ Esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente

Premio lordo: Euro _____ di cui

- Premio netto della garanzia base: Euro _____

- Premio netto delle garanzie complementari: Euro _____

- Imposte: Euro _____

- Diritti di polizza: Euro _____

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, successivamente ed entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di revoca e di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato, al netto delle spese di emissione (diritti di emissione) di 2,0 Euro specificati in polizza, delle eventuali imposte e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1) Ha in corso polizze vita con copertura caso morte presso altre Compagnie di Assicurazione? NO SI

Quale Compagnia	Capitali Assicurati
.....
.....
.....

Si invita l'Assicurato a fornire le risposte alle domande di seguito riportate, al fine di consentire alla Società di valutare l'eventuale svolgimento di attività professionali o sportive che comportino l'esposizione a rischi particolari

ATTIVITA' PROFESSIONALI

2) Nella sua attività professionale, opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi? NO SI

3) Nella sua attività professionale utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive, oppure opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere, in cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche? NO SI

4) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (rispondere anche se si tratta di attività sportive rientranti nelle categorie indicate) NO SI
-quali?.....

5) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti? NO SI
-quali?.....

6) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse escluse le nazioni appartenenti all'Unione Europea, Australia, Canada, Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda) NO SI
-dove?.....
-per quali motivi?.....
-qual è il periodo di permanenza medio?.....

ATTIVITA' SPORTIVE

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? NO SI
Alpinismo fino al 4° grado con guida alpina, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli.

8) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? NO SI
Speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli.

9) Si dedica ad attività sportive aeree o aeronautiche in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.)? NO SI
-quali?.....

10) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? NO SI
-quali?.....

QUESTIONARIO SANITARIO

11) Indicare i valori della statura e del peso: cm..... Kg.....

12) Soffre o ha sofferto di malattie? NO SI

In caso affermativo precisare:

-quali?.....
-quando?.....
(non indicare le seguenti malattie: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, sordità di grado medio, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)

13) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano presentato segni di alterazione? NO SI

In caso affermativo precisare:

-quali?.....
-quando?.....

14) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici o procedure invasive per semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? NO SI

In caso affermativo precisare:

-quali, quando, per quale motivo, con quale esito?.....

(non indicare i ricoveri avvenuti per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colicistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per accessi acuti, chirurgia estetica)

15a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? NO SI

15b) In caso affermativo indicare se i valori della pressione si sono normalizzati: NO SI

Indicare il farmaco, e il periodo di assunzione:

16) Assume o ha mai assunto per un periodo di almeno 3 mesi farmaci per altre malattie oppure è sottoposto a terapie continuative? NO SI

In caso affermativo precisare:

-quali?.....
-quando?.....

17a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)? NO SI

17b) In caso affermativo precisare se di media fuma più di 20 sigarette al giorno? NO SI

17c) Ha smesso da più di 24 mesi? NO SI

18) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche? NO SI

19) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI

20) E' stato riconosciuto invalido Civile, Inps, Inail, o per Causa di servizio? NO SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo anticipato per l'intera durata contrattuale, il cui frazionamento è indicato sul frontespizio. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'intermediario in tale sua qualità;
- ordini di bonifico e/o altri mezzi di pagamento bancario, postale o elettronico comunque sempre emessi a favore dell'Impresa o dell'intermediario, in tale sua qualità.

In caso di pagamento tramite bonifico su conto corrente intestato a Groupama Assicurazioni S.p.A., le coordinate del conto corrente da accreditare sono riportate sul retro del simple di polizza. I premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine", pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento. **Con la sottoscrizione della presente proposta non è dovuto alcun versamento, in quanto lo stesso verrà corrisposto al perfezionamento della polizza.**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. E' possibile, entro determinati importi di capitale, limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario o alla sottoscrizione di una dichiarazione di buono stato di salute, a tal proposito, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato su quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.);
- b) prima della sottoscrizione del questionario o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.

I sottoscritti Contraente e Assicurato, presa cognizione delle Condizioni di Assicurazione relative alla forma prescelta, depositata presso l'IVASS:

- 1) dichiarano che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve FORMARNE PARTE INTEGRANTE;
- 2) dichiarano che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente proposta sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto; ne assumono la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le loro indicazioni;
- 3) si obbligano a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta. Per la predisposizione di tale documentazione l'Assicurato dovrà rivolgersi ai medici di gradimento della Società utilizzando i supporti predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti.
- 4) dichiarano di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono aver curato e visitato l'Assicurato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurato dichiara, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, che con la firma della presente proposta, da il proprio assenso alla stipula della polizza sulla sua vita.

IL CONTRAENTE

(In caso di minore firma dell'esercente la potestà genitoriale)

L'ASSICURATO

(In caso di minore firma dell'esercente la potestà genitoriale)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver preso atto di quanto contenuto nel modulo N. 220059 relativo all'informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che li riguardano, per le finalità assicurative.

Il Contraente dichiara di essere stato compiutamente informato (ai sensi degli articoli 52 e 53 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n° 5 del 16 ottobre 2006) sugli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche (condizioni generali di assicurazione, oggetto delle garanzie, ...) alla durata, ai costi ed ai limiti di copertura, e che le prestazioni proposte risultano coerenti e proporzionate alle esigenze e alle aspettative espresse.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 220198 Ed. 07-2015 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

IL CONTRAENTE

(In caso di minore firma dell'esercente la potestà genitoriale)

L'ASSICURATO

(In caso di minore firma dell'esercente la potestà genitoriale)

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 2 – Prestazioni Assicurate; 3 – Conclusione ed efficacia del contratto; 4 – Rischio di morte (esclusioni dalla garanzia assicurativa); 5 – Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 6 – Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 7 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; 8 – Diritto di revoca della proposta; 9 – Diritto di recesso del Contraente; 10 – Premi annui costanti; 11 – Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione; 12 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; 14 – Definizione di Non – Fumatore; 15 – Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato; 16 – Passaggio da stato di Non – Fumatore a Fumatore; 17 – Passaggio da stato di Fumatore a Non- Fumatore; 18 – Pagamenti della Società; 21 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 22 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

(In caso di minore firma dell'esercente la potestà genitoriale)

Confermo di aver identificato personalmente il Contraente firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs 231/2007. Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

L'ACQUISITORE

Data di sottoscrizione

Dati aggiornati al 1° Luglio 2015

Modulo di proposta del Fascicolo Informativo Mod. 220198 Ed. 07-2015