

My Protection

Premorienza.

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 del Contratto.

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 - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 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



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 relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto della Società ammonta a 478,8 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 306,2 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II" (normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione entrata in vigore il 1° gennaio 2016), al 31/12/2016 sono pari a: 122,64% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 257,08% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto può essere fissata in misura pari a 5, 10 o 15 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto è pari a 60 anni.

Il capitale assicurato non può essere inferiore a 50.000,00 Euro, ne può superare l'importo di 150.000,00 Euro.

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 richiamata nel contratto)

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 1 alle Condizioni di Assicurazione.**

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

Il presente contratto è sottoscrivibile senza visita medica, previa compilazione di un questionario sanitario, tuttavia, a fronte di tale modalità assuntive, 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.

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

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, e dello stato di fumatore/non fumatore.

Il premio annuo può essere corrisposto in rate annuali o frazionate (semestrali, quadrimestrali o mensili) senza l'applicazione di alcuna maggiorazione di costo. In caso di frazionamento, la prima rata di premio è di importo pari all'entità dovuta per la periodicità convenuta, tuttavia, in caso di attivazione del frazionamento mensile, limitatamente al pagamento del premio mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit), alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.

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.

Nel caso di frazionamento mensile il premio può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi verranno comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

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. 9 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 emissione polizza e di quietanza	1,00 Euro(*)	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Caricamento fisso di 20,00 Euro su ogni premio annuo al netto dei diritti	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
	Caricamento percentuale del 31,00% su ogni premio annuo al netto dei diritti e del caricamento fisso		

(*) Si evidenzia che in caso di adozione del frazionamento mensile con pagamento del premio mediante procedura SDD, essendo prevista la corresponsione anticipata di tre mensilità, i diritti di emissione ammontano complessivamente a 3,00 Euro.

* * *

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari all' 77%.

7. Sconti

Il presente contratto non prevede sconti sui premi.

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

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. 10 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 sei 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. 11 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.

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 dei diritti di emissione polizza di 1,0 Euro per ciascuna rata corrisposta, specificati in polizza così come al precedente art. 6.1.1.

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. 17 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.

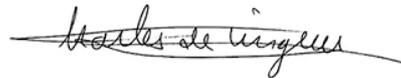
Per la commercializzazione di tale prodotto non sono state individuate situazioni in cui la Società operi direttamente o indirettamente in conflitto di interessi. In ogni caso la Società si impegna:

- 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
Charles de Tinguy**





My Protection
CONDIZIONI DI
ASSICURAZIONE

PREMORIENZA



Premessa	2
Art. 1 Obblighi della Società	3
Art. 2 Prestazioni Assicurate	3
Art. 3 Conclusione ed efficacia del contratto	3
Art. 4 Rischio di morte (esclusioni dalla garanzia assicurativa)	3
Art. 5 Clausole di carenza contrattuale (limiti alla garanzia assicurativa)	4
Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	4
Art. 7 Diritto di revoca della proposta	4
Art. 8 Diritto di recesso del Contraente	4
Art. 9 Premi annui costanti	5
Art. 10 Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione	5
Art. 11 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione	5
Art. 12 Cessione, pegno, vincolo e beneficiari	5
Art. 13 Definizione di Non - Fumatore	6
Art. 14 Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato	6
Art. 15 Passaggio da stato di Non – Fumatore a Fumatore	6
Art. 16 Passaggio da stato di Fumatore a Non – Fumatore	6
Art. 17 Pagamenti della Società	6
Art. 18 Duplicato di polizza	7
Art. 19 Tasse e imposte	7
Art. 20 Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio	8
Art. 21 Clausola inoperatività della copertura per sanzioni	8
Art. 22 Foro competente	8
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI	8
Art. 1 Prestazioni assicurate	8
Art. 2 Beneficiari e premi	8
Art. 3 Esclusioni e limiti della garanzia	8
Art. 4 Rescissione e limiti di età	8

Premessa

Il Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nel documento di polizza (mod. 220334), comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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 in misura pari a 5, 10 o 15 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto è pari a 60 anni.

Il capitale assicurato non può essere inferiore a 50.000,00 Euro, né può superare l'importo di 150.000,00 Euro.

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, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- malattie/infortuni intenzionalmente procurati, 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;
- eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, reattori nucleari, in cisterne, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive o corrosive;
- eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 3° grado della scala U.I.A.A., vela di altura, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.);
- la pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri.

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 all' art. 5.

ART. 5 - CLAUSOLE DI CARENZA CONTRATTUALE (LIMITI ALLA GARANZIA ASSICURATIVA)

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.**

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 - 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. 7 - 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.

ART. 8 - 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 dei diritti di emissione di 1,0 Euro per ciascuna rata corrisposta, così come specificato in polizza, e della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Il recesso comporta l'annullamento della polizza e della garanzia assicurativa.

ART. 9 - 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, quadrimestrali o mensili) senza l'applicazione di alcuna maggiorazione per il frazionamento applicato al premio.

In caso di frazionamento, la prima rata di premio è di importo pari all'entità dovuta per la periodicità convenuta, tuttavia, in caso di attivazione del frazionamento mensile, limitatamente al pagamento del premio mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di emissione di 1,0 Euro (in caso di adozione del frazionamento mensile con pagamento mediante SDD, essendo prevista la corresponsione anticipata di tre mensilità, i diritti di emissione ammontano complessivamente a 3,00 Euro).

ART. 10 - 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. 11 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro sei 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.**

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

ART. 12 - 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. 13 - 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. 14 - 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. 15 - 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. 14.

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 sostituzione di polizza con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione in cui si prende atto o del nuovo capitale assicurato ridotto o del nuovo premio annuo dovuto. L'eventuale modifica avrà effetto dalle ore 24.00 della data di sostituzione, sempre che il contratto sia stato perfezionato.

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. 16 - 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. 14.

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 sostituzione di polizza con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione in cui si prende atto o del nuovo capitale assicurato aumentato o del nuovo premio annuo dovuto. L'eventuale modifica avrà effetto dalle ore 24.00 della data di sostituzione, sempre che il contratto sia stato perfezionato.

ART. 17 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurata l'avente diritto dovrà farne richiesta scritta alla Società corredata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia del codice fiscale;
- dichiarazione di esistenza in vita dell'Assicurato (solo se figura diversa dal Contraente ed escluso il caso di morte);
- indicazione del codice IBAN di un conto intestato o cointestato al beneficiario della prestazione.

Per la formalizzazione della richiesta di liquidazione l'avente diritto può avvalersi del modulo predisposto e messo a disposizione dalla Società.

Documentazione a corredo della richiesta:

In caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice, rilasciato dall'Ufficio di Stato civile del Comune di residenza o del Comune di morte, in cui siano indicati data e luogo di nascita e data di decesso;
- relazione sanitaria del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute dell'Assicurato, redatto su apposito modulo fornito dalla Società o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;

- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla patologia che ha generato il decesso;
- 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, redatta in conformità all'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000 ossia con firma autenticata da un notaio, cancelliere, segretario comunale, dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco, 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 con la specifica che tali eredi sono testamentari e non esistono altri eredi testamentari oltre quelli indicati.

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 inoltre contenere, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale e la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono unici e non esistono altri eredi oltre quelli indicati.

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 minorenni, interdetto 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.

Le richieste di pagamento incomplete comportano la necessità di integrazione dei documenti e, di conseguenza, tempi di liquidazione più lunghi.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza se il beneficiario intende far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della stessa, oppure venga contestata l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intenda far valere.

La Società potrà richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione (ad esempio: cartelle cliniche, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo dell'evento, copia dei più significativi atti dell'eventuale procedimento penale, etc.).

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 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. 18 - 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. 19 - TASSE E IMPOSTE

I premi delle garanzie del presente fascicolo non sono soggetti ad imposte.

ART. 20 - 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. 21 - 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. 22 - 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.

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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.

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, e 5 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base.

ART. 4 - RESCISSIONE E LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione complementare si intende rescissa nel caso in cui sull'assicurazione principale cessa per qualsivoglia motivo la corresponsione dei premi o 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.

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 - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 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



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.

Compagnia

vedi "Società".

Conclusione 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.

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.

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: nota informativa, condizioni di assicurazione, glossario, modulo di proposta o, se non prevista, documento di polizza.

Garanzia (o copertura) complementare (o accessoria):

garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

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) 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 inalienabilità:

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.

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.

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.

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.

Malattia:

ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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 imprevisi, 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".

MODULO DI PROPOSTA

DATI CONTRATTO

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. SubAgenzia _____
 N. PROPOSTA _____
 Dalle Ore 24:00 del _____ Alle Ore 24:00 del _____ Durata: Anni ___ Mesi___ Giorni_____
 Scadenza Copertura _____ Frazionamento _____ Data Emissione _____
 Scadenza contrattuale garanzia premorienza _____ Durata garanzia premorienza Anni: _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Professione _____
 Indirizzo _____ N. Civico _____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione _____
 Tipo Documento _____ Numero _____ Ente e luogo di rilascio _____
 Data rilascio _____ Sottogruppo attività economica _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Indirizzo _____ N. Civico _____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione _____
 Fumatore ___ Altezza ___ Peso ___ Classe di rischio infortuni ___
 Professione _____

BENEFICIARIO PREMORIENZA

Beneficiari caso morte _____

ALLEGATI

Questionario sanitario _____

	CAPITALE/MASSIMALI	PREMIO NETTO
Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti		

	Premio netto	Abbuono	Totale netto	Totale accessori	Totale diritti	Totale imponibile	Totale imposta	Totale
Rata alla firma								
Rate successive								

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione. Il diritto di revoca, 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.

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Entro 30 giorni dal perfezionamento del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto 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 specificate in polizza, della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle eventuali imposte.

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.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, ove previsto, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892,1893,1894 e 1910 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano che :

- Non hanno avuto polizze relative ai medesimi rischi annullate da altra Compagnia;
- Non hanno in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio/stessi rischi presso altre Società;
- In relazione alle garanzie acquistate e contrattualmente operanti, di conoscere, aver ricevuto e accettare le corrispondenti Condizioni di assicurazione, che formano parte integrante della presente polizza;
- Lo stato di fumatore relativo alla Persona Assicurata è stato definito nella consapevolezza che è 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 emissione della polizza;
- Non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente polizza 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;
- 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;
- Riconoscono che il consenso al contratto da parte della Società è basato anche sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- L'Assicurato dichiara, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, che con la firma della presente, dà il proprio assenso alla stipula della polizza sulla sua vita.

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

L'assicurazione è regolata dal presente documento e relativi allegati, dal Questionario sanitario ove previsto (mod. 220334 ed. 07/2017) e, in relazione alle garanzie prestate e contrattualmente operanti, dalle seguenti condizioni di assicurazione: **Premiorienza" (mod. 220333 Ed. 07/2017)**

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli, il cui testo è in suo possesso (in relazione alle garanzie acquistate e contrattualmente operanti), contenuti nelle condizioni di assicurazione:

Condizioni di Assicurazione "Premiorienza" (mod. 220333 Ed. 07/2017):

Art. 2 Prestazioni Assicurate - Art. 3 Conclusione ed efficacia del contratto - Art. 4 Rischio di morte (esclusioni dalla garanzia assicurativa) - Art. 5 Clausole di carenza contrattuale (limiti alla garanzia assicurativa) - Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 7 Diritto di revoca della proposta - Art. 8 Diritto di recesso del Contraente - Art. 9 Premi annui costanti - Art. 10 Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione - Art. 11 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione - Art. 13 Definizione di Non - Fumatore - Art. 14 Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato - Art. 15 Passaggio da stato di Non - Fumatore a Fumatore - Art. 16 Passaggio da stato di Fumatore a Non- Fumatore - Art. 17 Pagamenti della Società - Art. 20 Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio - Art. 21 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

La periodicità di corresponsione del premio e' indicata nel presente modulo di polizza.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

- 1) assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato o girato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità;
- 2) bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico (per quest'ultimo solo qualora l'intermediario sia dotato di idoneo strumento), comunque sempre emesso a favore dell' Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
- 3) contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia e limitatamente ai contratti in cui non sia richiamata la garanzia Premiorienza.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

Con la sottoscrizione della presente proposta non è dovuto alcun versamento, in quanto lo stesso verrà corrisposto al perfezionamento della polizza.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, e il Fascicolo informativo (mod. 220333 ed. 07/2017) contenente Nota informativa, Condizioni di assicurazione, glossario e modulo di proposta.

IL CONTRAENTE

Confermo di aver identificato personalmente il Contraente firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D. Lgs. 231/2007.

FIRMA DELL'AGENTE/COLLABORATORE

DATA DI SOTTOSCRIZIONE

FASCINELLE

QUESTIONARIO SANITARIO

L'Assicurato, consapevole che le presenti dichiarazioni formano parte integrante del contratto e che le notizie fornite sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, dichiara:

E' stato ricoverato o si è affidato negli ultimi 5 anni alle cure di un medico o soffre attualmente per alcuna delle seguenti malattie?

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: asma, enfisema, infezioni bronco-polmonari, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: infarto, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, arteriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti.

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare.

MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE: malattie infettive e infiammatorie del nefrone, calcolosi, insufficienza renale, ipertrofia della prostata, cisti dell'ovaio, fibroma uterino, varicocele.

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE: artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, patologie non trattate con protesi.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: morbo di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, demenza (m. di Alzheimer), S.L.A.

MALATTIE ENDOCRINO METABOLICHE: diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali.

MALATTIE DEL SANGUE: anemia, leucemia.

MALATTIE DEL CONNETTIVO: connettivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo articolare.

MALATTIE DELL'OCCHIO: cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie vitrali.

TUMORI MALIGNI E BENIGNI

NO SI

E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici diversi da quelli che seguono?

Appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varicectomia, asportazione della milza a seguito di rottura traumatica, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, settoplastica nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, asportazione di cisti sinoviali, lipomi, neof ormazione cutanee benigne, pneumorace traumatico, isterectomia (solo a seguito di fibroma), varicocele, fimosi, alluce valgo (solo se la correzione è operata su entrambi i piedi), interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica

NO SI

Ha subito traumi (cranico, toracico, lombare) che abbiano residuo postumi invalidanti o è titolare di pensione di Invalità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla?

NO SI

E' sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni) o soggetto ad accertamenti clinici e strumentali? Può non considerare i farmaci per la regolazione della pressione arteriosa se la stessa si è normalizzata, e il check up annuale

NO SI

Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?

NO SI

Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti, allucinogene o psicofarmaci?

NO SI

E' affetto da AIDS?

NO SI

Ha difetti fisici e/o costituzionali, diversi da quelli della vista, o disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane o lavorative?

NO SI

E' mai stato sottoposto a terapie radianti, ormonali, trattamenti con cellule staminali, emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?

NO SI

L'ASSICURATO