



Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ PERMANENTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA

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 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

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva della tipologia "temporanea di gruppo in caso di morte e di invalidità permanente", la cui stipulazione discende da un accordo tra le Parti denominato "Convenzione" di durata annuale, e tacitamente rinnovabile per eguali periodi successivi, salvo diversa pattuizione.

Il Contraente della Convenzione e del contratto emesso in esecuzione di questa deve essere unico.

Il contratto è rivolto ad un gruppo omogeneo di persone, specificato nella Convenzione, i cui componenti devono essere obbligatoriamente inclusi nel contratto.

L'obbligatorietà dell'adesione può derivare, per i lavoratori dipendenti, da un contratto collettivo, nazionale o aziendale, ovvero da un regolamento aziendale; negli altri casi, tipicamente, da accordi associativi che vincolino gli appartenenti al gruppo.

La durata della copertura assicurativa è monoannuale, rinnovabile di anno in anno, salvo diverso accordo tra le parti.

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'Assicurato sia compresa fra 18 e 70 anni, in particolare, la copertura non è rinnovabile per coloro che alla data del rinnovo abbiano superato il settantesimo anno di età.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento del capitale assicurato a favore dei beneficiari individuati ai sensi della Convenzione.

PRESTAZIONI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Qualora l'Assicurato divenga invalido in modo permanente nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento del capitale assicurato a favore dei beneficiari individuati ai sensi della Convenzione.

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda al paragrafo "PRESTAZIONI" ed agli artt. 4, 5, 7, 8, 10, 16 e 17 delle Condizioni di Assicurazione.

Il presente contratto non prevede coperture complementari.

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.

Nella Convenzione sono riportate le modalità di assunzione del rischio da parte della Società, che sono definite in base all'importo del capitale da assicurare, alla numerosità del gruppo degli Assicurandi e alla forma tariffaria prescelta.

Il presente contratto prevede due processi assuntivi distinti, cui corrispondono due distinti livelli dei premi: a fronte di modalità assuntive semplificate (tariffa 181Y) sono previsti premi medi leggermente più alti rispetto a quelli applicati sulla base di un più accurato e approfondito processo di valutazione del rischio (tariffa 180Y).

In presenza di gruppi di Assicurandi di numerosità elevata e di capitali da assicurare contenuti, è possibile che in luogo della visita medica sia richiesta la compilazione di un questionario medico o la sottoscrizione di una dichiarazione di buono stato di salute.

La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico. Possono inoltre essere richieste a ciascun Assicurando informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stile e le abitudini di vita.

Di contro, l'Assicurando stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica anche nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società.

Qualora più persone assicurate con la presente polizza collettiva siano colpite contemporaneamente da uno stesso evento accidentale, il capitale complessivo liquidabile non può, normalmente, superare il limite di sei volte il capitale medio assicurato nel gruppo. Tale capitale complessivo può essere elevato mediante speciale pattuizione, contenuta nella Convenzione.

Detto importo massimo sarà suddiviso in relazione al numero di teste colpito da sinistro, ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Si rinvia agli artt. 14 e 15 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alla limitazione di cui al comma precedente e alle esclusioni dalla copertura assicurativa.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità che gli Assicurandi siano invitati a leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute nei diversi questionari

sottoposti e relative alla compilazione dei medesimi in modo completo e veritiero, ovvero alla veridicità delle dichiarazioni sottoscritte.

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 unico anticipato riferito all'intero gruppo degli Assicurati.

Il premio unico dovuto per ogni Assicurato è determinato in funzione dell'entità delle garanzie prestate, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte e delle modalità assuntive adottate per l'attivazione della copertura assicurativa.

In occasione di ogni rinnovo annuale, il premio unico dovuto per il rinnovo della copertura è determinato in base agli stessi parametri sopra indicati, pertanto, a parità di capitale assicurato, il premio unico da corrispondere subirà un incremento a causa della maggiore età raggiunta dall'Assicurato.

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

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 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 nella Convenzione.

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 del primo premio unico.

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

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di emissione e rinnovo	1,00 Euro per ogni Assicurato	Alla prima emissione e ad ogni rinnovo annuale	Da ogni premio unico
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Variabile in funzione dell'età dell'Assicurato e della forma tariffaria prescelta come da tabelle A e B	Alla prima emissione e ad ogni rinnovo annuale	Da ogni premio unico al netto dei diritti

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 unicamente da primari e

aiuti di divisioni mediche ospedaliere e universitari, cardiologi e Internisti con specializzazione da almeno 5 anni, medici del servizio di medicina legale delle A.S.L o liberi docenti di clinica o patologia medica e di medicina legale, utilizzando un modulo predisposto dalla Compagnia.

Tabella A – Costi di caricamento per contratti emessi in tariffa 181Y (modalità assuntive semplificate)

Età	Caricamento	Età	Caricamento
18	14,3%	45	18,5%
19	13,8%	46	19,0%
20	13,8%	47	18,5%
21	13,1%	48	18,6%
22	12,9%	49	18,7%
23	12,9%	50	18,9%
24	12,9%	51	18,8%
25	12,6%	52	18,4%
26	12,4%	53	17,7%
27	12,0%	54	17,3%
28	11,8%	55	16,5%
29	11,3%	56	15,9%
30	11,1%	57	15,3%
31	10,7%	58	14,8%
32	10,7%	59	14,2%
33	10,9%	60	13,8%
34	11,0%	61	13,4%
35	10,9%	62	13,0%
36	10,7%	63	12,6%
37	11,0%	64	12,3%
38	10,3%	65	11,9%
39	10,3%	66	11,4%
40	12,0%	67	11,0%
41	14,5%	68	10,5%
42	15,4%	69	10,2%
43	16,6%	70	9,7%
44	18,1%		

Tabella B – Costi di caricamento per contratti emessi in tariffa 180Y

Età	Caricamento	Età	Caricamento
18	15,1%	45	18,8%
19	13,8%	46	18,9%
20	13,8%	47	18,7%
21	13,6%	48	18,7%
22	13,5%	49	18,6%
23	13,5%	50	18,8%
24	13,5%	51	18,8%
25	13,4%	52	18,5%
26	12,3%	53	17,8%
27	12,2%	54	17,3%
28	12,1%	55	16,5%
29	12,0%	56	15,9%
30	12,0%	57	15,3%
31	11,0%	58	14,8%
32	11,0%	59	14,2%
33	11,0%	60	13,8%
34	11,0%	61	13,4%
35	11,0%	62	13,0%
36	11,0%	63	12,7%
37	10,9%	64	12,3%
38	10,0%	65	11,9%
39	10,0%	66	11,4%
40	12,4%	67	11,0%
41	14,4%	68	10,5%
42	15,7%	69	10,2%
43	16,8%	70	9,7%
44	17,8%		

* * *

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 27%.

6. Sconti

Il presente contratto non prevede sconti sui premi.

7. 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.

Tassazione delle somme assicurate

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.

Altre implicazioni di carattere fiscale

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

Il Contraente potrà richiedere all'Intermediario assicurativo tutti i chiarimenti in merito.

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**8. Modalità di perfezionamento del contratto**

Le modalità di perfezionamento del contratto e di determinazione della decorrenza delle coperture assicurative sono dettagliatamente illustrate all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Riscatto e riduzione

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

10. 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.

11. 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 spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

12. 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. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la suddetta 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

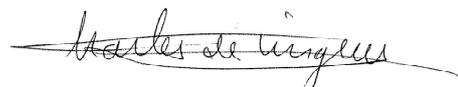
Per la commercializzazione di tale prodotto non sono state individuate situazioni in cui la Società operi direttamente o indirettamente in conflitto di interessi. In ogni caso la Società si impegna:

- 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**



*Dati aggiornati al 31/05/2017
Nota Informativa del Fascicolo Informativo Mod. 26.653 Ed. 05-2017*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

PRESTAZIONI

L'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte e di invalidità permanente ad adesione obbligatoria" è un'assicurazione collettiva monoannuale, con rinnovo annuale, stipulata in base ad una Convenzione e regolata dalle Condizioni di Assicurazione di seguito riportate.

L'assicurazione garantisce la copertura del rischio di morte e di invalidità permanente ad un gruppo di Assicurati – individuato nella Convenzione – a fronte del pagamento di un premio da parte del Contraente.

In caso di decesso dell'Assicurato o di insorgenza di una sua invalidità permanente nel corso della durata del periodo annuale di copertura, la Società garantisce il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati, individuati a norma della Convenzione.

Qualora non si verificano gli eventi sopracitati nel corso del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Più precisamente tale assicurazione presuppone:

- un unico Contraente ed un unico contratto di assicurazione;
- che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente gli appartenenti al gruppo;
- che il capitale assicurato pro-capite sia determinato in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto è disciplinato, oltre che dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel presente Fascicolo, dalla Convenzione stipulata con il Contraente, da quanto indicato nel documento di polizza, comprensivo di eventuali appendici, e dalle norme legislative in materia.

Art. 1 - Obblighi della Società

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

Art. 2 - Obblighi del Contraente

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

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

Sul Contraente gravano altresì gli obblighi indicati nella Convenzione.

Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (incontestabilità)

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

Trascorsi sei mesi dal primo ingresso in copertura (esclusi quindi i rinnovi annuali successivi) da parte del singolo Assicurato, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato stesso, 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. 4 - Assicurati

L'assicurazione si estende a tutti gli appartenenti al gruppo individuati nella Convenzione, per i quali la Società ha accettato il rischio ed il Contraente ha corrisposto il relativo premio e l'eventuale sovrappremio. La Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle Condizioni previste nella Convenzione.

Art. 5 - Limiti di età

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

Art. 6 - Beneficiari

I beneficiari delle prestazioni assicurate sono individuati a norma della Convenzione.

Art. 7 - Capitali assicurati

Il capitale garantito per ciascun Assicurato è determinato in base a quanto previsto dal CCNL o accordo o regolamento aziendale, o da norme statutarie o di regolamento interno, viene comunicato dal Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo e in caso di modifica, e risulta esclusivamente dalla polizza e dalle appendici emesse dalla Società.

In ogni caso il capitale assicurato deve essere definito in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

Art. 8 - Definizione di invalidità

Nel caso in cui l'assicurazione sia stipulata per lavoratori dipendenti, si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di 1/3 del normale, ed a condizione che tale evento abbia comportato la risoluzione del rapporto di lavoro.

Per i soli lavoratori dipendenti inquadrati ai sensi del CCNL dei Dirigenti di Aziende Industriali, e per un capitale assicurato non superiore a quello previsto da detto CCNL, non è richiesto il requisito della risoluzione del rapporto di lavoro.

In tutti gli altri casi, l'invalidità dell'Assicurato è determinata dall'assoluta e permanente impossibilità dello stesso a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile.

Art. 9 - Modalità assuntive

Il Contraente richiede alla Società l'ingresso nell'assicurazione dei singoli Assicurati o l'aumento del relativo capitale assicurato, specificando la data dalla quale deve essere prestata la copertura, e fornendo alla Società, la documentazione definita nella Convenzione, necessaria per la valutazione del rischio.

La Società si riserva comunque, sulla base della documentazione sanitaria ricevuta, la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti, di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi o di rifiutare il rischio, fornendone comunicazione scritta.

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

Art. 10 - Conclusione del contratto - decorrenza dell'assicurazione - rinnovi

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

- il documento di polizza, firmato dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente;

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 convenzione preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno ivi previsto.

Quanto indicato per il perfezionamento del contratto è altresì valido per il perfezionamento e la decorrenza delle coperture assicurative a favore di nuovi Assicurati facenti parte del gruppo, il cui ingresso nell'assicurazione ha luogo successivamente alla conclusione del contratto. Tali coperture assicurative avranno effetto dalle ore 24:00 del giorno di perfezionamento della relativa Appendice di ingresso o dalla data di decorrenza sulla stessa indicata, se successiva, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

Per gli ingressi non coincidenti con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la durata della garanzia è inizialmente pari ai giorni intercorrenti tra la decorrenza come sopra definita e la successiva data di rinnovo.

L'assicurazione termina alle ore 24:00 di ogni ricorrenza annuale della Convenzione, e si rinnova automaticamente per l'anno successivo, a condizione che venga corrisposto il premio dovuto per il rinnovo, salvo disdetta della Convenzione avvenuta con le modalità ivi previste.

In relazione ai successivi rinnovi annuali o ad eventuali aumenti di capitale a favore di Assicurati già inseriti in copertura nei precedenti periodi annuali, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno indicato nelle Appendici emesse dalla Società, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

In caso di mancato pagamento del premio entro il termine di 30 giorni dalla data di scadenza indicata nelle Appendici di rinnovo, ogni garanzia è sospesa sino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Il mancato pagamento del premio unico di rinnovo determina, trascorsi 90 giorni dalla data di scadenza indicata nelle Appendici, la risoluzione del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti alla Società. A giustificazione del mancato pagamento, la Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Il premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine"; pertanto il contratto si intenderà perfezionato o rinnovato, ovvero le Appendici relative

a nuovi ingressi si intenderanno perfezionate e spiegheranno la loro efficacia dal buon fine del pagamento.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato perda i requisiti che ne hanno consentito l'ingresso in assicurazione; il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società entro 30 giorni.

Art. 11 - 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. 12 - 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 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. 13 - Premio

L'entità del premio dovuto per ogni Assicurato è determinata con riferimento alla decorrenza di ogni copertura moltiplicando il capitale assicurato per il relativo tasso di premio riportato in Convenzione e riferito all'età computabile dell'Assicurato a tale epoca. **Al valore così ottenuto vengono sommati l'importo fisso di 1,00 Euro e gli eventuali sovrappremi.**

L'età computabile si esprime in anni interi e corrisponde all'età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, e all'età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno.

Per gli Assicurati che dovessero accedere alla garanzia assicurativa in corso d'anno il premio è determinato in quel momento in proporzione alla durata della garanzia.

Per gli Assicurati per i quali dovessero venir meno i requisiti di partecipazione all'assicurazione, per motivi diversi dalla morte o dall'insorgenza dell'invalidità permanente, è previsto il rimborso del rateo di premio, al netto delle eventuali imposte, relativo al periodo di mancata esposizione al rischio e determinato mediante riduzione, proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

Art. 14 - Esclusioni

Le prestazioni assicurate sono garantite senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, compreso quindi il suicidio (salvo diversa pattuizione contenuta nella Convenzione), salvo quanto stabilito al successivo comma.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **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 o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, girocoterri o effettua lanci con il paracadute.**

È esclusa dalla garanzia l'invalidità permanente causata da:

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **causa di guerra;**
- **infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;**
- **invalidità preesistenti all'atto dell'ingresso in assicurazione, per il solo caso di prosecuzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato.**

In questi casi, la Società liquiderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso o dell'evento invalidante.

Art. 15 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai relativi capitali assicurati.

L'importo complessivo di cui sopra può essere elevato mediante speciale pattuizione contenuta nella Convenzione.

Art. 16 - Denuncia e accertamento dell'invalidità

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve farne denuncia alla Società entro i successivi due mesi, a mezzo lettera raccomandata A.R. corredata di tutta la documentazione richiesta ai sensi dell'art. 19.

Il Contraente e l'Assicurato sono obbligati a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato, nonché a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. La Società si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente tramite visita medico legale che viene effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra o dalla data di ricevimento dell'ulteriore documentazione richiesta.

La Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate durante il periodo di accertamento dell'invalidità.

Se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 17, il pagamento del premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite.

Eseguito a tale titolo il pagamento del capitale assicurato, la garanzia si estingue, e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Se l'invalidità non viene invece riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità aumentati degli interessi di reintegro valuta, nella misura del tasso legale di interesse.

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

Art. 17 - Controversie sull'accertamento dell'invalidità: Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente ha facoltà, **entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione avutane**, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo tra le due parti.

In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale ove ha sede la Società.

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

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

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

Art. 18 - Cessione, pegno, vincoli, beneficiari

Il Contraente può cedere ad altri la polizza, così come può darla in pegno o comunque vincolare le somme garantite. 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.

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 che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia dichiarato 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. 19 - 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
- 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 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;
- Per coperture relative a lavoratori dipendenti previste da contratti collettivi nazionali di lavoro, copia del modello INPS 01/M dal quale si rilevi la qualifica del dipendente ed il CCNL applicato.
- Fatto salvo il caso in cui il beneficio della prestazione sia attribuito in Convenzione al Contraente, deve inoltre essere consegnata la documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto: originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatto in Tribunale o presso un notaio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.

In presenza di testamento, occorre allegarne una copia autentica all'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva, che deve inoltre contenere la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato.

Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita al momento dell'ingresso in polizza, e la stessa riporta "gli eredi testamentari", nell'atto di notorietà/ dichiarazione sostitutiva occorre fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascuno; in caso contrario (ossia in caso di designazione beneficiaria attribuita al momento dell'ingresso in polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari") come pure in assenza di testamento, l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva deve declinare, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

- Decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di Beneficiario minorenni, interdetto o incapace.

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):

- Copia del modello INPS 01/M dal quale si rilevi la qualifica ed il CCNL applicato.

- Copia della domanda di invalidità presentata all'Ente Previdenziale, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.
- Relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente dell'Assicurato;
- Copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla genesi dell'invalidità;
- Copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato d'invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto.
- Dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro, nei casi in cui la cessazione del rapporto di lavoro sia uno dei presupposti necessari per la liquidazione della prestazione assicurata.

La Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, accetterà come valido il giudizio sullo stato di invalidità dell'Assicurato effettuato dall'Ente Previdenziale di appartenenza di quest'ultimo, qualora l'Ente Previdenziale abbia effettivamente riconosciuto il diritto a conseguire l'assegno ordinario di invalidità o la pensione di inabilità.

Nei casi in cui l'Ente previdenziale non si sia espresso entro i dodici mesi dalla presentazione della domanda o abbia negato il diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità, la Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità dell'Assicurato, e lo stesso prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compresa la pronuncia dell'Ente Previdenziale, sia essa conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società ed Assicurato.

Analoga procedura sarà prevista nei casi in cui non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento della pensione di inabilità o dell'assegno ordinario di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale.

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 presso la competente agenzia della Società, ovvero mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

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. 20 - 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. 21 - Tasse e Imposte

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

Art. 22 - 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. 23 - 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. 24 - Foro Competente

Fatta eccezione per il caso in cui il Contraente rivesta la qualità di consumatore ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 6 settembre del 2005 n. 206, per il quale resta ferma la competenza del foro del luogo in cui il consumatore ha la propria residenza o domicilio elettivo, per la soluzione delle controversie fra gli investitori-contraenti e la Società è competente in via esclusiva il Foro di Roma.

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: 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.

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato 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 o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono 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 e/o dell'Assicurato 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 intercorrente tra la decorrenza e la scadenza durante il quale il contratto è efficace.

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

Estensione territoriale: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Età assicurativa: età dell'Assicurato, espressa in anni interi, calcolata al compleanno più prossimo.

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) 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 abbinate 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.

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 della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia: ogni obiettivamente 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 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.

Polizza di puro rischio: categoria di contratti di Assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio complessivo (o lordo): importo complessivo, 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 unico: importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica al momento del perfezionamento del contratto.

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.

Prestito: somma che il Contraente, se previsto dalla forma tariffaria, può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante apposita Appendice. Non previsto per le polizze temporanee caso morte.

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, rilasciato su carta intestata della Società, che prova l'avvenuto pagamento del premio.

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.

Ricorrenza annuale: ogni anniversario della data di decorrenza del contratto di Assicurazione.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente determinate tipologie di contratti, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione. Non prevista per le polizze temporanee caso morte.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del contratto di Assicurazione sulla vita: infatti l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

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.

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

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 31/05/2017

Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 26.653 Ed. 05-2017

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



(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

**MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA - RICHIESTA DI COPERTURA
POLIZZA TEMPORANEA DI GRUPPO IN CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ PERMANENTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA**

AGENZIA		CONTRAENTE (RAGIONE SOCIALE)				PARTITA IVA					
SEDE		COMUNE		PROV.	NAZ.			CAP.			
AZIENDA ASSOCIATA (SOLO SE CONTRAENTE È UNA CASSA)						SETTORE DI ATTIVITÀ DELL'AZIENDA					
RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE (COGNOME E NOME)				SESSO		CODICE FISCALE					
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F						
COMUNE DI NASCITA			PROV. O STATO DI NASCITA (SIGLA)			DATA DI NASCITA			NAZ. (SIGLA)		
RESIDENZA		COMUNE		PROV.	NAZ.			CAP.			
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE											
TIPO (*)	NUMERO		DATA DI RILASCIO			AUTORITÀ E LOCALITÀ DI RILASCIO					

(*) 1 = Carta di identità 2 = Patente 3 = Passaporto 4 = Porto d'armi 5 = Tessera postale 6 = Altro

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto Contraente propone a Groupama Assicurazioni S.p.A. l'emissione di una Convenzione regolante una polizza temporanea di gruppo per l'attivazione di una copertura assicurativa nei seguenti termini:

Tipo di garanzia assicurativa richiesta: caso morte e invalidità permanente: Tariffa 180Y Tariffa 181Y

Decorrenza della Convenzione e della copertura: _____ scadenza alle ore 24 del 1° gennaio successivo, salvo rinnovo

Capitale da assicurare determinato in base a: *(si allega alla presente l'elenco dei capitali da assicurare per ogni singolo Assicurato e tutta la documentazione assuntiva richiesta per l'emissione del contratto)*

- CCNL (specificare) _____
- accordo o regolamento aziendale (se ne rimette estratto in allegato)
- altra fonte istitutiva che preveda l'obbligatorietà della copertura richiesta (se ne rimette estratto in allegato)

Beneficiari delle prestazioni in caso di morte: _____
in caso di invalidità permanente: _____

REVOCABILITÀ 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. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà il premio complessivamente versato, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio unico anticipato. 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 nella Convenzione.

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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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 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.

Il Contraente si impegna a trasmettere le avvertenze sopra riportate a tutti gli Assicurati.

Il Contraente, presa cognizione delle Condizioni di Assicurazione relative alla forma prescelta, depositata presso l'IVASS:

- 1) dichiara che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve FORMARNE PARTE INTEGRANTE;
- 2) dichiara che non ha 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; non assume la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le sue indicazioni;
- 3) si obbliga 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) dichiara 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.

IL CONTRAENTE

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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara:

- 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 lo riguardano, per le finalità assicurative;
- 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;
- di aver ricevuto la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 26.653 Ed. 05-2017 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

TIMBRO DEL CONTRAENTE

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 3 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (incontestabilità); 4 – Assicurati; 5 – Limiti di età; 8 – Definizione di invalidità; 9 – Modalità assuntive; 10 – Conclusione ed efficacia del contratto – decorrenza dell'assicurazione – rinnovi; 11 – Revoca della proposta; 12 – Diritto di recesso del Contraente; 13 – Premio; 14 – Esclusioni; 15 – Sinistro che colpisca più teste; 16 – Denuncia e accertamento dell'invalidità; 17 – Controversie sull'accertamento dell'invalidità Collegio arbitrale; 19 – Pagamenti della Società; 22 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 23 - 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 Legale Rappresentante del Contraente, firmatario della presente proposta e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs 231/2007.

Attesto che sul presente modulo firmato dal Legale Rappresentante del Contraente, non sono state apportate modifiche aggiunte o integrazioni.

Firma dell'Agente/Collaboratore _____ Data di sottoscrizione ____/____/____

Dati aggiornati al 31/05/2011
Modulo di Proposta del Fascicolo Informativo Mod. 26.653 Ed. 05-2011

FACSIMILE

