

MENTESERENA One

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea in caso di morte e di invalidità totale e permanente a capitale costante e premio unico

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

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



SOCIETÀ DI



Groupama

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2015, il patrimonio netto della Società ammonta a 445,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 272,7 milioni di Euro.

Alla stessa data l'indice di solvibilità della gestione vita, corrispondente al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,07.

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 o 10 anni.

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

Il capitale assicurato, da stabilirsi alla sottoscrizione del contratto, deve essere fissato in misura pari ad una delle seguenti opzioni:

- 25.000 Euro;
- 50.000 Euro;
- 75.000 Euro;
- 100.000 Euro;
- 150.000 Euro;
- 200.000 Euro.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, di grado pari o superiore al 66%, nel corso della durata del contratto, è previsto il pagamento, in via anticipativa, all'Assicurato stesso, del capitale assicurato in caso di decesso.

La liquidazione del capitale in caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato comporta la risoluzione del contratto, a fronte della quale nulla sarà più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la polizza si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

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

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità totale e permanente 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. La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può chiedere di essere sottoposto a visita medica, anche nei casi in cui questa non è normalmente richiesta dalla Società.

Anche qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli esami clinici richiesti dalla Società, trovano applicazione le limitazioni di cui all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

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, dei predetti questionari.

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

4. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio unico anticipato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione dell'importo del capitale assicurato, della durata del contratto e dello stato di salute dell'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 comunque sempre emessi a favore dell'Impresa o dell'intermediario, in tale sua qualità.

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

Il 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.

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

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

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

Il presente contratto non prevede alcuna modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza	10,00 Euro	Al perfezionamento del contratto	Dal premio unico
Caricamento per spese di emissione e gestione	Caricamento espresso in misura fissa, variabile in funzione del capitale assicurato secondo quanto riportato nella seguente tabella A	Al perfezionamento del contratto	Dal premio unico al netto dei diritti
	Caricamento in percentuale pari al 32% del premio unico al netto dei diritti e del caricamento in cifra fissa		

Tabella A – Caricamento in cifra fissa al variare dell'importo del capitale assicurato

Capitale assicurato (Euro)	25.000,00	50.000,00	75.000,00	100.000,00	150.000,00	200.000,00
Cifra fissa (Euro)	10,00	20,00	30,00	50,00	75,00	100,00

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

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

Se la somma dei capitali complessivamente assicurati a favore dell'Assicurato non supera i 650.000,00 Euro, il rapporto di visita medica può essere redatto dal medico di base dell'Assicurato, altresì noto come medico di famiglia, sempre utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia.

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 79%.

7. Sconti

Per i soli clienti della Società classificati come "Platino" o "Oro", nell'ambito del progetto "Focus Cliente", è previsto uno sconto sul premio unico, variabile in funzione dell'importo del capitale assicurato e della durata del contratto.

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

8. Regime fiscale

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

Imposta sui premi

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.

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 corrisposti in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato sono esenti da IRPEF.

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. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non riconosce un valore di riduzione o di riscatto, né prevede la concessione di prestiti.

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.

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 di emissione polizza (diritti di polizza) specificati in polizza e indicati al precedente art. 6.1.1, pari a 10,00 Euro, e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

13. 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. 12 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 decorrenti dall'accertamento di tutti i presupposti di esigibilità.

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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. Informativa in corso di contratto

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina "Aggiornamenti documentazione prodotti" 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.

18. Conflitto di interessi

La Società si impegna a:

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

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

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

* * *

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

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

Premessa

Il Contratto è disciplinato:

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

Art. 1 - Obblighi della Società

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

Art. 2 - Prestazioni Assicurate

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, di grado pari o superiore al 66%, nel corso della durata del contratto, è previsto il pagamento, in via anticipativa, all'Assicurato stesso, del capitale assicurato in caso di decesso.

Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

Il grado di invalidità permanente è valutato quando le minorazioni risultano stabili e quantificabili, prendendo in considerazione le sole conseguenze dell'infortunio o della malattia occorsa, senza, quindi, tener conto di eventuali invalidità riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti, la cui percentuale sarà portata in diminuzione del grado di invalidità accertato secondo i criteri sopra indicati.

La liquidazione del capitale in caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato comporta la risoluzione del contratto, a fronte della quale nulla sarà più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la polizza si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

Il capitale assicurato, da stabilirsi alla sottoscrizione del contratto, deve essere fissato in misura pari ad una delle seguenti opzioni:

- 25.000 Euro;
- 50.000 Euro;
- 75.000 Euro;
- 100.000 Euro;
- 150.000 Euro;
- 200.000 Euro.

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

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

Art. 3 - Conclusione ed efficacia del contratto

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

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

oppure

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

Salvo quanto previsto al comma 1° del presente articolo, gli effetti del contratto decorrono, a condizione che sia stato corrisposto il premio unico di sottoscrizione, 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 premio unico 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 morte e invalidità totale e permanente (esclusioni dalle garanzie assicurative)

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

Sono esclusi dalle garanzie assicurative il decesso o l'invalidità totale e permanente causati 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.**

Inoltre, in aggiunta alle esclusioni di cui ai punti precedenti, sono esclusi i casi di invalidità totale e permanente conseguenti a:

- **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **HIV o AIDS;**
- **morbo di Alzheimer, schizofrenia, disturbo depressivo maggiore, stati paranoidi, nonché epilessia o morbo di Parkinson;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- **eventi connessi allo svolgimento di attività professionali nel corpo delle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, fatta eccezione per coloro che prestano esclusivamente un servizio amministrativo;**
- **eventi direttamente collegati alla pratica professionale di qualsiasi sport, nonché alla pratica anche a titolo non professionale degli sport che seguono: attività subacquee fino a 20m, arrampicata libera, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, kitesurfing, canyoning, salto con l'elastico.**

In caso di invalidità permanente conseguente ad uno degli eventi/attività sopra specificati, nulla sarà dovuto dalla Società.

In caso di decesso dell'Assicurato in conseguenza di uno degli eventi o delle attività esclusi dalla copertura del rischio di decesso la Società corrisponde una prestazione pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

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

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

Il contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni contrattuali, rimane convenuto che, **qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato abbia luogo entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza, la Società corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare del premio corrisposto al netto dei diritti.**

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

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza la limitazione sopraindicata e pertanto le garanzie previste della polizza saranno pienamente operanti, qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente 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, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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

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

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

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, la polizza non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, nella proposta di assicurazione o negli altri documenti, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

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

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

Art. 8 - Diritto di revoca della proposta

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

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

Art. 9 - Diritto di recesso del Contraente

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

- la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata **entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.**

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione polizza (diritti di emissione) specificati in polizza e pari a 10,00 Euro e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

Art. 10 - Premio

A fronte delle prestazioni assicurate, è dovuto un premio unico anticipato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione dell'importo del capitale assicurato, della durata del contratto e dello stato di salute dell'Assicurato.

Il premio unico corrisposto viene accettato da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine" dello stesso.

Sul premio di sottoscrizione è prevista l'applicazione di un diritto di emissione pari a 10,00 Euro.

Art. 11 - 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 della prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato 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 in caso di morte dell'Assicurato e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società o contenute in un testamento valido.

Beneficiario della prestazione in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato è l'Assicurato stesso.

Art. 12 – Denuncia del sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto alla Società. È possibile avvalersi del modulo di denuncia di sinistro disponibile presso l'Intermediario.

La denuncia del sinistro dovrà essere corredata della documentazione di seguito specificata e richiamata all'interno del modulo di denuncia di sinistro.

In caso di decesso:

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo fornito dalla Società sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- copia conforme all'originale della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;

- copia conforme all'originale della prima cartella clinica in cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il decesso;
- copia del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza del testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuote la prestazione assicurata qualora il beneficiario sia minorenne o incapace.

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

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

In caso di invalidità totale permanente:

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato;
- copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato di invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto;
- qualora le circostanze dell'invalidità permanente siano particolari, l'ulteriore documentazione in relazione al sinistro stesso, anche di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

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

L'Assicurato e/o suoi aventi causa devono consentire alla Società di effettuare gli accertamenti del caso e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti a fornire le informazioni necessarie. In caso di Invalidità totale e permanente, l'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati.

Art. 13 – Pagamenti della Società

La Società, dopo la denuncia di un sinistro, qualora questo sia indennizzabile, provvederà a corrispondere le somme dovute, entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, in caso di decesso dell'Assicurato, entro un periodo massimo di 180 giorni dal ricevimento della documentazione completa in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, purché a tale data sia stata 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).

Decorso i termini sopra specificati sono dovuti gli interessi moratori, a partire dai termini stessi, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato presso la competente agenzia della Società, ovvero mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

Art. 14 - Controversie

Per le controversie relative ai contratti di assicurazione è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

Qualora tra l'Assicurato e la Società che presta la specifica copertura insorgano eventuali controversie sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, su accordo delle Parti, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale e Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 15 - 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. 16 - Tasse e imposte

Il premio del presente contratto non è soggetto a imposte. Le somme corrisposte agli aventi diritto alla prestazione non sono soggette a tassazione.

Art. 17 - 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. 18 - 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. 19 - 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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

Compagnia: vedi "Società".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

Garanzia (o copertura) 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.

Invalidità totale e permanente: perdita, conseguente ad infortunio o malattia, definitiva ed irrimediabile, in misura pari o superiore al 66%, della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione esercitata.

Il grado di invalidità permanente è valutato quando le minorazioni risultano stabili e quantificabili, prendendo in considerazione le sole conseguenze dell'infortunio o della malattia occorsa, senza, quindi, tener conto di eventuali invalidità riconducibili a situazioni patologiche o

infermità preesistenti. La valutazione avverrà in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

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 impreveduti, 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 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. 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.

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 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.

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

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.

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.

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

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

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

Vincolo: vedi "cessione".

Dati aggiornati al 1° Maggio 2016

Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 220305 Ed. 05-2016

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

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

ASSICURANDO

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

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

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

Professione: _____

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

CONTRAENTE

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

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

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

Professione: _____

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

Sottogruppo: _____ Ramo Gruppo: _____

BENEFICIARI

In caso di morte: _____

In caso di invalidità totale e permanente (uguale o superiore al 66%): L'Assicurato

Prodotto: "MENTESERENA One" - Temporanea in caso di morte e di invalidità totale e permanente a capitale costante e premio unico (codice tariffa 16CU)

Decorrenza del contratto: ___ / ___ / _____ Durata: 5 anni 10 anni

Capitale assicurato: Euro 25.000 50.000 75.000 100.000 150.000 200.000

Premio lordo: Euro _____ di cui

- Premio netto della garanzia base: Euro _____

- Diritti di polizza: Euro _____

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, successivamente ed entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di revoca e di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

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

La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato al netto delle spese di emissione specificate in polizza (diritti di emissione pari a 10,00 Euro), delle eventuali imposte e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

2) Soffre o ha sofferto di malattie ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

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

3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano presentato segni di alterazione?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

4) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici o procedure invasive per semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

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

5a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?

NO SI

5b) In caso affermativo indicare se i valori della pressione si sono normalizzati :

NO SI

Indicare il farmaco, e il periodo di assunzione:

6) Assume o ha mai assunto per un periodo di almeno 3 mesi farmaci per altre malattie oppure è sottoposto a terapie continuative ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

7a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)?

NO SI

7b) In caso affermativo precisare se di media fuma più di 20 sigarette al giorno?

NO SI

7c) Ha smesso da più di 24 mesi?

NO SI

8) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?

NO SI

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

NO SI

10) E' stato riconosciuto invalido Civile, Inps, Inail, o per Causa di servizio?

NO SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio 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 sul retro del simple di polizza. I premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine", pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento. **Con la sottoscrizione della presente proposta non è dovuto alcun versamento, in quanto lo stesso verrà corrisposto al perfezionamento della polizza.**

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. Tuttavia, il presente prodotto è emettibile previa compilazione di un questionario sanitario, a tal proposito, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato su quanto segue:

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

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

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

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

IL CONTRAENTE

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

L'ASSICURATO

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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

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

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 220305 Ed. 05-2016 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

IL CONTRAENTE

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

L'ASSICURATO

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

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 2 - Prestazioni Assicurate; 3 - Conclusione ed efficacia del contratto; 4 - Rischio di morte e invalidità totale permanente (esclusioni dalle garanzie assicurative); 5 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 6 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; 8 - Diritto di revoca della proposta; 9 - Diritto di recesso del Contraente; 10 - Premio; 12 - Denuncia del sinistro; 13 - Pagamenti della Società; 14 - Controversie; 17 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 18 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

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

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

L'AQUISITORE

Data di sottoscrizione

*Dati aggiornati al 1° Maggio 2016
Modulo di proposta del Fascicolo Informativo Mod. 220305 Ed. 05-2016*