

**PROTEZIONE****MENTESERENA ELISIR**

Contratto di assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo costante pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario
- Modulo di Proposta

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Non Autosufficienza

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi
vitadiversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

MENTE SERENA Elisir

Ed. 12/2024

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo costante pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto **non autosufficiente**, ovvero abbia un'impossibilità fisica totale, permanente e irreversibile, accertata clinicamente, nel compiere almeno tre su quattro attività di vita quotidiana definite elementari (lavarsi, nutrirsi, muoversi e vestirsi in autonomia), è assicurato:

✓ **Non autosufficienza:** il pagamento, a favore dell'Assicurato, di una rendita mensile posticipata indicata in polizza, erogabile fino a che sia in vita e permanga nello stato di non autosufficienza.

In aggiunta alla rendita ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, è previsto il pagamento di una somma forfettaria di importo pari a 10.000,00 Euro.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Coloro che dovessero risultare già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o tali da avere già in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione del contratto;
- ✗ Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra;
- ✗ Conseguenze di un tentato suicidio, di mutilazioni volontarie e di autolesionismo;
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- ✗ Abuso di alcool o di farmaci, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- ✗ Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ✗ Eventi direttamente collegati a determinate attività professionali e sportive, quali ad esempio lavori in pozzi, gallerie, cave, e rafting, pugilato, kajak;
- ✗ La pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto, qualsiasi siano le modalità assuntive previste, prevede un periodo di carenza contrattuale durante il quale le garanzie non sono efficaci, in conseguenza di:
 - **malattia:** un anno;
 - **malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica:** 3 anni.
- ! Non sarà erogata alcuna prestazione se entro 90 giorni (franchigia) dalla denuncia dell'evento avviene il decesso.
- ! Il capitale forfettario assicurato in aggiunta alla rendita, sarà corrisposto solo per il primo evento.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nella compilazione del questionario medico semplificato, è necessario che rispondi in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso, poiché le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione; se si è agito con dolo o con colpa grave, possono essere causa di annullamento del contratto.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione tu o un'altra persona che ti rappresenta dovete fare richiesta scritta alla Società presentando copia del documento d'identità in corso di validità, copia del codice fiscale e ogni documentazione atta a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Tu o chi ti rappresenta potete anche avvalervi del modulo predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il premio annuo costante deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto di polizza e per tutta la durata pattuita, ma comunque non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali o mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 2,5% e 3,5%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite.

Puoi pagare il premio tramite assegno, bancario, postale o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento bancario, postale o elettronico, autorizzazione di addebito permanente su Conto Corrente bancario mediante SDD (obbligatorio in caso di frazionamento mensile).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalle ore 24 della data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza, sempre che tu sia in regola con il pagamento dei premi.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Prima della conclusione del contratto, puoi revocare l'eventuale proposta mediante lettera raccomandata.

Entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, mediante lettera raccomandata, puoi recedere dal contratto medesimo. Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.

Puoi risolvere il contratto mediante interruzione del pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il presente contratto non dà diritto a valore di riscatto.

È riconosciuto il diritto alla riduzione della rendita assicurata in caso di interruzione del pagamento dei premi dopo aver completato il pagamento delle prime cinque annualità, ma in ogni caso decade e deve intendersi estinta la garanzia del pagamento di una somma forfettaria al verificarsi del primo evento di non autosufficienza.

In caso di interruzione del pagamento dei premi prima di aver completato il pagamento delle prime cinque annualità, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, il contratto si estingue, senza diritto a prestazioni ridotte, ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

Entro 24 mesi dall'interruzione, hai la facoltà di riattivare la polizza dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi. Se sono trascorsi sei mesi dalla rata insoluta, la riattivazione è subordinata al risultato soddisfacente, a esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Prodotto: Mente Serena Elisir

Data: 01/07/2025 Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 629,2 milioni di euro ed il risultato economico dell'esercizio è pari a 11,6 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 221.12%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono assicurabili coloro che dovessero risultare già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o tali da avere già in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione del contratto.

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, fatte salve le seguenti esclusioni:

- * dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- * conseguenze di un tentato suicidio, di mutilazioni volontarie e di autolesionismo dell'Assicurato;
- * malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo acuto o cronico, uso non terapeutico di
- * psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- * malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza del contratto e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- * disturbi mentali di origine non organica (es: psicosi, nevrosi, sindromi ansioso depressive ecc.);
- * negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici, ove si intende che le prestazioni del presente contratto non vengono erogate se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- * omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- * contaminazione radioattiva;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, insurrezioni, tumulti, sommosse, colpi di Stato, fatti di guerra e operazioni militari;
- * 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;
- * eventi direttamente collegati ad attività professionali che comportino la necessità di lavorare in

cisterne, pozzi, gallerie, cave, miniere, fonderie, altiforni, carpenterie, teleferiche, su piattaforme petrolifere o nell'ambito di reattori nucleari, o che comportino il trasporto, l'utilizzo o il contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive;

- ✘ eventi conseguenti alla pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee;
- ✘ eventi direttamente collegati alla pratica, anche puramente ricreativa, di alpinismo senza guida alpina, attività subacquee con autorespiratore, motorismo nautico o terrestre, attività aeree (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggero, aliante, volo a vela) o aeronautiche, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino.

Groupama non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre un sostegno economico in caso di non autosufficienza (incapacità di svolgere autonomamente le attività quotidiane). Sottoscrivibile per soggetti con età assicurativa compresa tra 30 ai 65 anni, anche da aziende.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

- In caso di premio annuo:

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	1,00 Euro	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Interessi per il frazionamento del premio annuo	2,0% in caso di rate semestrali, 2,5% se trimestrali, 3,5% se mensili	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
Caricamento per spese di emissione, incasso, gestione e estinzione	Caricamento percentuale: 25,0%	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti, degli eventuali interessi di frazionamento

Costi per l'erogazione della rendita

Il costo di erogazione della rendita è pari al 5% della rendita stessa ed è già ricompreso nei premi corrisposti.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 60%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	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, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A..</i>

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> È prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla liquidabilità delle prestazioni, sullo stato, il grado o la durata dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro.
---	--

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Imposta sui premi: I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.</p> <p>Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana danno diritto ad un'a detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 245,32 Euro, che corrisponde all'importo di 1.291,14 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%.L'importo massimo di premi detraibili di 1.291,14 Euro deve essere ridotto dei premi corrisposti per polizze aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente. Per usufruire della detrazione il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.</p> <p>Tassazione delle prestazioni: Le prestazioni corrisposte all'Assicurato in caso di perdita di auto sufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana non sono soggette ad imposte.</p>
--	---

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE, POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA NON UTILIZZABILE



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MENTESERENA ELISIR

**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo costante
pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento
degli atti della vita quotidiana**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO	2
PREMESSA	6
ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ	6
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE – DURATA DEL CONTRATTO	6
ART. 3 - DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	7
ART. 4 - ESCLUSIONI	8
ART. 5 – CONDIZIONI DI CARENZA (LIMITAZIONI ALLA GARANZIA ASSICURATIVA)	9
ART. 6 – ACCERTAMENTO E RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA – PERIODO DI FRANCHIGIA	9
ART. 7 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	10
ART. 8 - COLLEGIO MEDICO ARBITRALE	10
ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	11
ART. 10 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO	12
ART. 11 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA	12
ART. 12 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	12
ART. 13 - PREMIO ANNUO COSTANTE	13
ART. 14 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO ANNUO	13
ART. 16 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	14
ART. 17 - CESSIONE, PEGNO, VINCOLO E BENEFICIARI	15
ART. 18 – DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	15
ART. 19 - DUPLICATO DI POLIZZA	16
ART. 20 - TASSE E IMPOSTE	16
ART. 21 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO	16
ART. 22 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)	17
ART. 23 - FORO COMPETENTE	17

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. Per questo contratto l'Assicurato coincide con il Beneficiario.

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. Per questo contratto l'Assicurato coincide con il Beneficiario.

Capitale costitutivo della rendita: è l'importo della riserva matematica costituita dalla Società, data l'età dell'Assicurato e l'importo della rendita mensile assicurata.

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: condizione secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

Compagnia: vedi "Società".

Conclusioni 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 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 e/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 sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

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

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.

Franchigia: periodo durante il quale, pur essendosi verificato il sinistro, la Società non effettua il pagamento della prestazione assicurata.

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.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

Non autosufficienza: impossibilità fisica totale, permanente e irreversibile, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 3 delle 4 azioni elementari della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona; ovvero, affezione da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni elementari della vita quotidiana. Per i dettagli sulla definizione di non autosufficienza si rimanda all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Pegno: in ragione della sua forma e delle finalità assicurative, il presente contratto non può essere dato in pegno.

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.

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

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

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

Premio netto: premio versato ridotto dei costi fissi (diritti) di emissione e quietanza

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

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni semestre. Rappresenta

un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

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

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

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

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

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

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

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

Rendita (per il caso di Non Autosufficienza): in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, importo mensile che la Società si impegna a pagare, dopo che sia trascorso il periodo di Franchigia, dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

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

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

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

Riduzione: diminuzione della prestazione inizialmente assicurata, conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere i premi periodici, determinata in funzione della riserva matematica accantonata e dell'età raggiunta dall'Assicurato.

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.

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. Il presente contratto non dà diritto a valore di riscatto.

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.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

Set informativo: DIP (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione (comprehensive di Glossario), Modulo di Proposta/Polizza.

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: in ragione della sua forma e delle finalità assicurative, il presente contratto non può essere vincolato.

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 dalle appendici da essa firmate.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE – DURATA DEL CONTRATTO

Ferme le esclusioni e le carenze di cui ai successivi artt. 4 e 5 e solo dopo che sia trascorso il periodo di Franchigia di cui al successivo art. 6, nel caso in cui l'Assicurato venga riconosciuto non autosufficiente, **ai sensi del successivo art. 3**, il presente contratto garantisce la corresponsione di quanto specificato ai seguenti punti a) e b).

- a) Una rendita mensile posticipata, **erogabile fino a che l'Assicurato sia in vita e permanga nello stato di non autosufficienza.**

L'importo iniziale della rendita mensile corrisponde all'importo indicato in polizza e stabilito dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

L'importo iniziale della rendita può essere fissato tra un minimo di 500,00 Euro ed un massimo di 2.500,00 Euro mensili. Il limite massimo di 2.500,00 Euro mensili deve intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto, che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Società.

Ad ogni ricorrenza annuale successiva alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte della Società, la rendita mensile sarà maggiorata di un importo pari al prodotto dell'importo della stessa rendita mensile, come erogata nel corso degli ultimi dodici mesi trascorsi, moltiplicato per il tasso fisso del 2,0%.

- b) Un versamento “una tantum” ed in unica soluzione di un importo forfettario pari a 10.000,00 Euro. **L'importo forfettario sarà corrisposto dalla Società solo per il primo evento di non autosufficienza e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi annui pattuiti.**

Lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, definito al successivo art. 3, deve essere permanente; la rivedibilità dello stato di non autosufficienza è regolata dal successivo art. 7.

Qualora la parte della rendita assicurata, relativa al 70% del capitale costitutivo della stessa rendita assicurata di cui al punto a), risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'art. 3 della legge 8 agosto 1995 n. 335, il Contraente potrà richiedere alla Società l'erogazione della rendita in forma di capitale.

A seguito del pagamento dell'importo forfettario (solo per il primo evento di non autosufficienza) e della rendita in forma di capitale, il contratto dovrà intendersi estinto e nulla sarà più dovuto a qualsiasi titolo dalla Società.

Le condizioni ed i termini per l'accertamento dello stato di non autosufficienza e per il pagamento delle prestazioni di cui ai precedenti punti a) e b) sono illustrati agli articoli 6 e 18 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La rendita vitalizia non dà diritto a valore di riscatto ed è personale, quindi non trasmissibile agli eredi.

Dal momento dell'erogazione della rendita e con cadenza annuale, è richiesto il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato e, in ogni caso, la Società si riserva la facoltà di richiedere il certificato di esistenza in vita anche in date non coincidenti con la ricorrenza annuale della data di erogazione della rendita.

Gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società del decesso dell'Assicurato entro i trenta giorni seguenti la data del decesso

Durante il periodo di pagamento della rendita, l'Assicurato è tenuto a comunicare alla Società il recupero dello stato di autosufficienza, entro sessanta giorni da quando ne sia venuto a conoscenza.

Le eventuali rate di rendita pagate dopo il decesso dell'Assicurato o dopo l'uscita dallo stato di non autosufficienza dovranno essere restituite alla Società.

Qualora la Compagnia non sia stata informata per tempo del decesso dell'Assicurato o del recupero dello stato di autosufficienza ed abbia quindi provveduto al pagamento delle rate di rendita, la stessa potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto, maggiorato degli interessi legali.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'eventuale denuncia dello stato di non autosufficienza o successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza, il presente contratto si estingue e nulla sarà più dovuto a qualsiasi titolo dalla Società.

Il decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza è regolato dal successivo art. 6.

La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non può essere inferiore a 30 anni, né può eccedere i 65 anni.

ART. 3 - DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato è riconosciuto non autosufficiente qualora:

- **si trovi nell'impossibilità fisica totale, permanente e irreversibile, clinicamente accertata, di poter compiere almeno tre (3) delle seguenti quattro (4) azioni elementari della vita quotidiana:**
 - **lavarsi**, intesa come la capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona;
 - **nutrirsi**, intesa come la capacità di mangiare e bere senza l'assistenza di una terza persona;
 - **muoversi**, intesa come la capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi, senza l'assistenza di una terza persona;
 - **vestirsi**, intesa come la capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, senza l'assistenza di una terza persona;

- **sia affetto da morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test M.M.S.E. di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno tre (3) delle quattro (4) azioni della vita quotidiana sopra descritte.**

La rivedibilità dello stato di non autosufficienza è regolata dal successivo art. 7.

ART. 4 - ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che dovessero risultare già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o tali da avere già in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione del contratto.

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, fatte salve le limitazioni previste dalla carenza e le seguenti esclusioni:

- dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- conseguenze di un tentato suicidio, di mutilazioni volontarie e di autolesionismo dell'Assicurato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcolismo acuto o cronico, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza del contratto e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- disturbi mentali di origine non organica (es: psicosi, nevrosi, sindromi ansioso depressive ecc.);
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici, ove si intende che le prestazioni del presente contratto non vengono erogate se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- contaminazione radioattiva;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, insurrezioni, tumulti, sommosse, colpi di Stato, fatti di guerra e operazioni militari;
- 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;
- eventi direttamente collegati ad attività professionali che comportino la necessità di lavorare in cisterne, pozzi, gallerie, cave, miniere, fonderie, altiforni, carpenterie, teleferiche, su piattaforme petrolifere o nell'ambito di reattori nucleari, o che comportino il trasporto, l'utilizzo o il contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive;
- eventi conseguenti alla pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee;
- eventi direttamente collegati alla pratica, anche puramente ricreativa, di alpinismo senza guida alpina, attività subacquee con autorespiratore, motorismo nautico o terrestre, attività aeree (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggero, aliante, volo a vela) o aeronautiche, vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino.

In tali casi la Società non riconosce alcuna prestazione.

Il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti al successivo art. 5

ART. 5 – CONDIZIONI DI CARENZA (LIMITAZIONI ALLA GARANZIA ASSICURATIVA)

La copertura assicurativa è subordinata al preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed esami clinici. Tuttavia, qualora l'importo della rendita iniziale assicurata non ecceda i 2.000,00 Euro mensili, è possibile limitarsi alla compilazione di un questionario medico semplificato, facente parte integrante del modulo di proposta. Qualora le risposte rese nel questionario medico semplificato siano tali da richiedere ulteriori accertamenti, l'Assicurando dovrà comunque sottoporsi a visita medica e presentare gli esami clinici stabiliti dalla Società.

La Società ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione del questionario medico semplificato.

Qualsiasi siano le modalità assuntive applicate, la garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dal presente contratto è operante alle seguenti condizioni di carenza.

- **Perdita di autosufficienza conseguente ad infortunio: nessuna carenza;**
- **Perdita di autosufficienza conseguente a malattia: lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta dopo che sia interamente trascorso un anno dalla data di decorrenza del contratto (periodo di carenza di un anno);**
- **Perdita di autosufficienza conseguente a malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica: lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta dopo che siano interamente trascorsi tre anni dalla data di decorrenza del contratto (periodo di carenza di tre anni).**

Qualora la perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana avvenga durante il periodo di carenza, la Società corrisponderà – in luogo della rendita e dell'importo forfettario di cui al precedente art. 2 – una somma pari all'ammontare dei premi corrisposti, al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento.

ART. 6 – ACCERTAMENTO E RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA – PERIODO DI FRANCHIGIA

Al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne il riconoscimento alla Società, inviando, **mediante lettera raccomandata, il modulo di denuncia del sinistro fornito dalla Società, completo della documentazione specificata al successivo art. 18.**

La Società si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro sei mesi dalla data di ricezione della denuncia completa della documentazione sopra richiamata.

La Società accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia, riservandosi la possibilità di richiedere ulteriore documentazione medica, rispetto a quanto specificato all'art. 18, in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

A seguito della richiesta di presentazione di ulteriore documentazione medica, il periodo di accertamento si intenderà sospeso fino all'effettiva ricezione di quanto richiesto da parte della Società.

La Società si riserva, inoltre, la facoltà di verificare l'effettivo stato di non autosufficienza dell'Assicurato mediante visita da parte di un medico di sua fiducia.

Qualora la Società accerti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e quindi il relativo diritto alle prestazioni assicurate, **le stesse saranno corrisposte, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi novanta giorni (periodo di Franchigia) a partire dalla data di ricezione della denuncia completa.**

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e il diritto alle prestazioni assicurate, e **purché sia trascorso il periodo di Franchigia**, la Società inizierà a corrispondere la rendita mensile assicurata di cui alla lettera a) del precedente art. 2. Contestualmente al primo versamento di rendita, **a condizione che si tratti del primo evento di non autosufficienza e che il contratto non sia stato soggetto a riduzione**, la Società verserà altresì l'importo forfettario di cui alla lettera b) del precedente art. 2. I termini per il pagamento delle prestazioni assicurate sono dettagliati al successivo art. 18.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda entro i novanta giorni di Franchigia, non sarà erogata dalla Società alcuna prestazione.

Qualora il decesso avvenga successivamente ai primi novanta giorni dalla ricezione della denuncia completa da parte della Società, ma prima che lo stato di non autosufficienza sia stato accertato, la Società erogherà le prestazioni previste, a condizione che, nonostante il decesso dell'Assicurato, abbia ricevuto o sia nelle condizioni di poter ricevere tutta la documentazione utile a chiudere l'istruttoria accertando l'avvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

ART. 7 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Società, entro sessanta giorni da quando ne sia venuto a conoscenza e **a mezzo di lettera raccomandata**, il recupero dello stato di autosufficienza.

Le eventuali rate di rendita pagate dopo l'uscita dallo stato di non autosufficienza dovranno essere restituite alla Società. Qualora la Compagnia non sia stata informata per tempo del recupero dello stato di autosufficienza ed abbia quindi provveduto al pagamento delle rate di rendita, la stessa potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto, maggiorato degli interessi legali.

La Società si riserva la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione della persistenza dello stato di non autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della rendita assicurata potrà essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, pur non alimentato da ulteriore versamento di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare, vita natural durante, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non autosufficienza.

L'importo forfettario sarà corrisposto dalla Società solo al verificarsi del primo evento di non autosufficienza.

ART. 8 - COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

Le controversie di natura medica sulla liquidabilità delle prestazioni, sullo stato, il grado o la durata dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, possono essere demandate per iscritto, di

comune accordo tra le Parti, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

È data facoltà al Collegio medico di esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

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

Le decisioni del collegio arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni e le risposte rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso alla stipula del contratto o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la Società stessa ha diritto:

- **in caso di dolo o colpa grave (art. 1892 del Codice Civile):**
 - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;
 - di rifiutare il pagamento delle prestazioni assicurate in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato prima che sia decorso il termine indicato al punto precedente;
 - di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento del contratto e, in ogni caso, il premio convenuto per la prima annualità di polizza.
- **nel caso non esista dolo o colpa grave (art. 1893 del Codice Civile):**
 - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza;
 - di ridurre le prestazioni dovute in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

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).

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 ("Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa. Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

ART. 10 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

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

- il documento di polizza, firmato dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato; oppure
- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società il documento di polizza debitamente firmato o altra comunicazione scritta attestante il proprio assenso.

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

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

ART. 11 - 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 trenta 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 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 trenta 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 ANNUO COSTANTE

A fronte delle prestazioni assicurate è dovuto un premio annuo costante anticipato, da corrispondere per l'intera durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o la data della denuncia della perdita dello stato di autosufficienza.

In caso di denuncia della perdita dello stato di autosufficienza i pagamenti delle rate di premio dovuti sono sospesi a partire dalla data della denuncia.

Nel caso in cui la Società entro i sei mesi utili accertasse la mancanza dei requisiti necessari al riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione, **il Contraente**, informato tramite apposita comunicazione scritta dalla Società, **sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative ai premi scaduti successivamente alla denuncia.**

L'entità del premio annuo è calcolata in base all'importo della rendita mensile iniziale assicurata, dell'età, dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato (professioni e sport). L'importo del premio annuo dovuto è calcolato prevedendo il riconoscimento in via anticipata sull'entità delle prestazioni di un rendimento finanziario pari al 2,0% su base annua (tasso di interesse tecnico).

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate frazionate (semestrali, trimestrali o mensili), previa **applicazione di una maggiorazione per il frazionamento, pari al 2,0% del premio netto in caso di frazionamento semestrale, al 2,5% del premio netto in caso di frazionamento trimestrale ed al 3,5% del premio netto in caso di frazionamento mensile.**

In caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di 1,00 Euro.

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

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

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

ART. 14 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO ANNUO

La Società si riserva il diritto di modificare nel corso del contratto le basi tecniche utilizzate per il calcolo del premio. Tale modifica sarà possibile dopo che siano trascorsi almeno cinque anni dalla decorrenza del contratto e solo a seguito di un incremento dei tassi di incidenza dei casi

di non autosufficienza o dei tassi di sopravvivenza dei non autosufficienti, rispetto alle ipotesi adottate dalla Società in sede di definizione dei premi originari, desunto da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi.

In caso di modifica delle basi tecniche, la Società comunicherà al Contraente il nuovo premio annuo dovuto a partire dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione.

La comunicazione sarà inviata almeno novanta giorni prima della ricorrenza annuale a partire dalla quale avrà effetto il nuovo premio annuo.

Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Società mediante una comunicazione scritta, almeno quarantacinque giorni prima della ricorrenza annuale della polizza. In tal caso il contratto resterà in vigore fermo restando l'importo del premio in corso, ma l'ammontare della rendita assicurata e dell'importo forfettario previsto al primo evento di non autosufficienza saranno ridotti in proporzione al rapporto tra il premio previsto prima della modifica della base tecnica e quello previsto successivamente alla stessa modifica.

In caso di modifica della base di calcolo del premio, anche l'ammontare della rendita ridotta prevista in caso di interruzione del pagamento dei premi annui, ai sensi del successivo art. 15, sarà ridotta secondo il criterio precedentemente descritto.

ART. 15 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE E RIDUZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la risoluzione del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti alla Società.

Tuttavia, in caso di sospensione dei premi dopo che siano state interamente corrisposte le prime cinque annualità, il contratto rimane in vigore ma per una prestazione di rendita ridotta rispetto a quella inizialmente pattuita.

L'interruzione del pagamento dei premi, anche se dopo aver completato le prime cinque annualità di premio, comporta, in ogni caso, la decadenza del diritto alla corresponsione dell'importo forfettario di cui alla lettera b) del precedente art. 2.

L'importo della rendita ridotta è determinato in funzione della riserva matematica maturata e dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data di riduzione della prestazione. Nel dettaglio, l'importo della rendita ridotta si ottiene reinvestendo il 75% della riserva matematica maturata quale premio unico di un'assicurazione di rendita vitalizia in caso di non autosufficienza avente decorrenza dalla data della riduzione.

La rendita così ricalcolata diviene il riferimento delle prestazioni assicurate dettagliate all'art. 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

ART. 16 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro ventiquattro mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non corrisposta, il Contraente ha la possibilità di riattivare il contratto, previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio legale di interesse, per il periodo intercorso tra la data di scadenza di ogni rata di premio non corrisposta e quella di riattivazione.

Tuttavia, trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non corrisposta, la riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione.

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

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

ART. 17 - CESSIONE, PEGNO, VINCOLO E BENEFICIARI

Il Contraente può cedere ad altri la polizza. Tale atto diviene efficace solo quando la Società, dietro comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale della polizza o su specifica appendice.

In ragione della sua forma e delle finalità assicurative, il contratto in specie non ammette la concessione di prestiti, né il Contraente può darlo in pegno ad altri o comunque vincolarne le prestazioni assicurate.

L'Assicurato è il solo ed unico Beneficiario delle prestazioni previste dal contratto. La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata.

ART. 18 – DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne il riconoscimento alla Società, **mediante lettera raccomandata completa della seguente documentazione:**

- richiesta di liquidazione mediante apposito modulo di denuncia del sinistro predisposto dalla Società e disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto;
- copia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- se il richiedente è diverso dall'Assicurato, documentazione che certifichi che il richiedente svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato (anche con autocertificazione) corredata dei suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale) e copia di un documento d'identità valido;
- certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza e l'epoca di esordio dei disturbi psico – motori;
- relazione del medico curante sulle cause della condizione di non autosufficienza;
- i questionari denominati “Dichiarazione di sinistro”, “Referto medico di sinistro” e “Schema di valutazione” forniti dalla Società e disponibili presso l'Agenzia che gestisce il contratto, la cui compilazione è a cura del medico curante dell'Assicurato;
- documentazione clinica relativa a ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- nel caso la perdita di autosufficienza sia dovuta a morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, è richiesto il risultato del “Mini Mental State Examination” (Folstein M.M.S.E.) effettuato da un neurologo o da uno psichiatra;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato, redatto in data non antecedente ai 30 giorni che precedono ogni anniversario della data di liquidazione della rendita ed inviato ad ogni anniversario della predetta data.

Dalla data di ricevimento di detta documentazione – corrispondente alla data di denuncia - decorre il periodo di accertamento della Società.

In presenza di particolari esigenze istruttorie, la Società potrà richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

A seguito della richiesta di presentazione di ulteriore documentazione medica, il periodo di accertamento si intenderà sospeso fino all'effettiva ricezione di quanto richiesto da parte della Società.

La Società si riserva la facoltà di verificare l'effettivo stato di non autosufficienza dell'Assicurato mediante visita da parte di un medico di sua fiducia.

La Società si riserva la facoltà di richiedere il certificato di esistenza in vita anche in date non coincidenti con la ricorrenza annuale della data di erogazione della rendita.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, la Società ne darà comunicazione per iscritto all'Assicurato.

A condizione che sia trascorso il periodo di Franchigia di novanta giorni di cui al precedente art. 6, 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), la Società effettua il pagamento della prima rata di rendita entro trenta giorni dalla comunicazione di riconoscimento dello stato di non autosufficienza; qualora il periodo di accertamento risultasse superiore a novanta giorni, unitamente alla prima rata di rendita saranno corrisposte anche le rate pregresse a partire dal termine del periodo di Franchigia.

Le rate successive saranno corrisposte mensilmente, entro trenta giorni dalla relativa scadenza.

Unitamente alla prima rata di rendita, **a condizione che si tratti del primo evento di non autosufficienza e che il contratto non sia stato soggetto a riduzione**, ai sensi del precedente art. 15, la Società corrisponderà l'importo forfettario previsto al precedente art. 2 lettera b).

Decorsi i termini sopra indicati e a partire dagli stessi, sono dovuti gli interessi moratori a favore del Beneficiario. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente del Beneficiario.

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

ART. 19 - DUPLICATO DI POLIZZA

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

ART. 20 - TASSE E IMPOSTE

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

ART. 21 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

Qualora la Società, con riferimento al contratto in via di sottoscrizione o a qualsiasi successiva operazione ad esso connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con

conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al Contraente di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dello stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

ART. 22 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)

La presente polizza non sarà in alcun modo operante e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun risarcimento a seguito di qualsiasi sinistro o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, il pagamento di un sinistro o l'operatività delle garanzie possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 23 - FORO COMPETENTE

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

Mod. 220203 Ed. 12-2024

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

Cap. Soc. euro 492.827.404 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 e codice IVASS A0955 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



PAGINA NON UTILIZZABILE



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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

Decorrenza de contratto: ___/___/_____ Durata: *vita intera*

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 non autosufficienza: l'Assicurato

Prodotto: **"MENTE SERENA Elisir" - Assicurazione di rendita vitalizia pagabile in caso di non autosufficienza a premio annuo costante (codice tariffa LTC0)**

Rendita mensile iniziale in caso di non autosufficienza: Euro _____

Rendita annua iniziale in caso di non autosufficienza: Euro _____

Capitale assicurato al verificarsi del primo evento di non autosufficienza: Euro 10.000,00

Rateazione del premio: Annuale Semestrale Trimestrale Mensile

Premio annuo lordo: Euro _____

(In caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità)

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 Set 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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo anticipato costante per l'intera durata contrattuale e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o la data di denuncia della perdita di autosufficienza, il cui frazionamento è indicato sul frontespizio.

In caso di frazionamento mensile alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.

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;
- autorizzazione di addebito permanente su c/c bancario mediante SDD (ex RID) per la corresponsione delle rate di premio successive al perfezionamento del contratto.

L'utilizzo del SDD per il pagamento delle rate di premio successive al perfezionamento del contratto è obbligatorio in caso di frazionamento mensile del premio annuo. 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 simplo 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.

La copertura assicurativa è subordinata al preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed esami clinici. Tuttavia, qualora l'importo della rendita iniziale assicurata non ecceda i 2.000,00 Euro mensili, è possibile limitarsi alla compilazione del questionario medico semplificato di seguito riportato. Qualora le risposte rese nel questionario medico semplificato siano tali da richiedere ulteriori accertamenti, l'Assicurando dovrà comunque sottoporsi a visita medica e presentare gli esami clinici stabiliti dalla Società. La Società ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione del questionario medico semplificato.

A tal proposito, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato su quanto segue:

- a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.);**
- b) **prima della sottoscrizione del questionario o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;**
- c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico;**
- d) **secondo la Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa.**

**QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO
GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Ogni quesito necessita di una risposta SI o NO.

Per le risposte affermative, fornisci i dettagli richiesti e un questionario medico redatto dal Medico Curante.

1. Soffre o ha sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate :
 - **Cardiovascolare** : ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, Insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie. Si No
 - **Neurologiche** : morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia. Si No
 - **Malattie croniche** : diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periarterite nodosa Si No
 - **Tumore maligno o cancro** Si No
2. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla o Le viene o Le è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10%, oppure ha già fatto richiesta per la pensione di invalidità ? Si No
3. E' stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia ? Si No
4. Negli ultimi 5 anni è stato sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa ? Si No
5. Deve sottoporsi a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico od essere ricoverato in ospedale ? Si No

NOTA

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 ("Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa. Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (“GDPR”), Groupama Assicurazioni S.p.A. fornisce la presente informativa sul trattamento dei dati personali contenuti nel questionario sanitario.

1. Titolare del trattamento e Data Protection Officer (DPO)

Il titolare del trattamento è Groupama Assicurazioni S.p.A. (“Groupama”, “Titolare” o “Società”), con sede legale in viale Cesare Pavese, n. 385, 00144 – Roma, PEC: groupama@legalmail.it.

Per ogni questione relativa ai suoi dati personali o per esercitare i suoi diritti, come indicato al punto 7, può scrivere a privacy@groupama.it oppure inviare una raccomandata a Groupama Assicurazioni Spa all’indirizzo Viale Cesare Pavese 385 00144 ROMA.

Groupama ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (DPO), contattabile via e-mail all’indirizzo DPO@groupama.it.

2. Dati personali trattati

Groupama tratterà dati personali c.d. comuni (ad esempio, dati anagrafici, recapiti) e anche dati c.d. particolari, come quelli relativi alla salute, contenuti nel questionario sanitario.

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà genitoriale dopo aver preso visione della presente informativa.

3. Fonte dei dati trattati

I dati personali trattati sono raccolti attraverso il form “questionario sanitario” direttamente dalla Società o per il tramite di altri soggetti facenti parte della cd. “catena assicurativa” (agenti, subagenti, collaboratori, intermediari di assicurazione).

4. Finalità, dati trattati, base giuridica e tempi di conservazione

I dati personali degli interessati saranno trattati per le seguenti finalità:

	FINALITÀ	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA	TEMPI DI CONSERVAZIONE	OBBLIGATORietà CONFERIMENTO
I.	Predisposizione di preventivo	Dati comuni Dati di contatto Dati particolari (ex sensibili)	Esecuzione di misure precontrattuali richieste dall’interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR) Per i dati particolari: Consenso dell’interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	2 anni dalla predisposizione del preventivo	Il mancato conferimento comporterà l’impossibilità per Groupama di fornire il servizio richiesto
II.	Valutazioni relative al profilo di rischio dell’interessato al fine di formulare proposte contrattuali adatte alle esigenze degli interessati, secondo le disposizioni di legge o regolamentari	Dati comuni Dati particolari (ex sensibili)	Adempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR) Per i dati particolari: Consenso dell’interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	10 anni dalla data della compilazione del questionario, se non viene perfezionata la polizza, ovvero 10 anni dalla data della scadenza della polizza, se la polizza viene perfezionata. In caso di sinistro, 10 anni dalla chiusura del sinistro	Il mancato conferimento dei dati comporterà l’impossibilità per Groupama di dare seguito alla fase precontrattuale
III.	Assistenza e gestione delle richieste di informazioni e dei reclami (servizi di customer care e contact center)	Dati anagrafici Dati di contatto Dati particolari (ex sensibili)	Esecuzione di misure precontrattuali richieste dall’interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR)	10 anni dalla data della compilazione del questionario, se non viene perfezionata la polizza, ovvero 10 anni dalla data della scadenza della polizza, se la polizza viene perfezionata. In caso di sinistro, 10 anni dalla chiusura del sinistro	Il mancato conferimento dei dati comporterà l’impossibilità per Groupama di dare seguito alla richiesta del cliente

<p>IV.</p>	<p>Prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, compresa la verifica delle dichiarazioni precontrattuali</p> <p>Antiriciclaggio e antiterrorismo</p>	<p>Dati contenuti in banche dati detenute da società specializzate (casellario centrale infortuni)</p> <p>Dati particolari (ex sensibili)</p>	<p>Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione del rapporto contrattuale (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)</p> <p>Adeempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR)</p>	<p>10 anni dalla data della compilazione del questionario, se non viene perfezionata la polizza, ovvero 10 anni dalla data della scadenza della polizza, se la polizza viene perfezionata. In caso di sinistro, 10 anni dalla chiusura del sinistro</p>	<p>Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto</p>
-------------------	--	---	--	---	---

5. Ambito di circolazione dei dati personali

Il trattamento dei dati personali per le finalità sopra illustrate sarà effettuato dal personale interno appositamente incaricato di Groupama, che agirà sulla base di specifiche istruzioni fornite dal Titolare stesso.

Inoltre, i dati personali potranno essere comunicati anche ai seguenti soggetti:

- Società del gruppo di appartenenza di Groupama;
- società o soggetti esterni rispetto alla Società, che abbiano con quest'ultima rapporti contrattuali o di collaborazione (es. medici legali fiduciari, accertatori, legali etc.), i quali trattano i dati personali per le finalità sopra illustrate per conto di Groupama e sono appositamente nominati responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR, ovvero trattano i dati personali in qualità di autonomi titolari del trattamento (vedi in calce Nota 1).

6. Trasferimento dei dati personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo

La comunicazione dei dati personali a soggetti di cui al punto 5 potrebbe comportarne il trasferimento verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo ("SEE") o verso organizzazioni internazionali. In ogni caso, la comunicazione dei dati personali avverrà soltanto verso Paesi che garantiscono un livello di protezione dei dati personali sostanzialmente equivalente a quello assicurato dai Paesi membri dell'Unione europea e previa stipula delle clausole contrattuali standard predisposte dalla Commissione Europea.

7. Diritti degli interessati

Ai sensi degli artt.15-22 GDPR, gli interessati possono rivolgersi al Titolare per esercitare specifici diritti quali:

- Diritto di accesso:** diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento di ii dati personali
- Diritto di rettifica:** diritto di ottenere dal Titolare la rettifica dei dati personali inesatti o la loro integrazione
- Diritto alla cancellazione:** diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione dei dati personali senza ingiustificato ritardo
- Diritto di opposizione al trattamento:** diritto di opporsi per motivi connessi alla propria situazione particolare, compresa la profilazione
- Diritto di limitazione di trattamento:** diritto di ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento
- Diritto alla portabilità dei dati:** diritto di ricevere in un formato strutturato i dati personali e di trasmettere tali dati ad altro titolare del trattamento.
- Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo:** per l'Italia, l'Autorità competente è il Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Per esercitare tali diritti, effettuare segnalazioni e/o chiedere chiarimenti sul trattamento dei dati personali, gli interessati possono inviare una e-mail a privacy@groupama.it oppure una raccomandata a Groupama Assicurazioni S.p.A all'indirizzo Viale Cesare Pavese 385- 00144 ROMA.

SEZIONE CONSENSI

Letta l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, esprimo il consenso in merito al trattamento dei dati personali cd. particolari (ex sensibili) contenuti nel questionario sanitario.

Firma dell'Assicurando o se minore di chi ne esercita la potestà

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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, o messo 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 (ai sensi degli articoli 58, 59 e 60 del Regolamento IVASS n° 40 del 2 agosto 2018) 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 il Set Informativo Modello 220203C Ed. 07/2025 composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 220203DV Ed. 12/2024), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220203DA Ed. 07/2025), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 220203 Ed. 12/2024), Modulo di Proposta (Mod. 220203PR Ed. 07/2025) ed 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 – Durata del contratto; 3 – Definizione di non autosufficienza; 4 - Esclusioni; 5 – Condizioni di carenza (limitazioni alla garanzia assicurativa); 6 – Accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza – Periodo di Franchigia; 7 – Rivedibilità dello stato di non autosufficienza; 8 – Collegio medico arbitrale; 9 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; 10 – Conclusione ed efficacia del contratto; 12 - Diritto di recesso del Contraente; 13 – Premio annuo costante; 14 – Rivedibilità del premio annuo; 15 – Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione e riduzione; 16 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; Art. 17 - Cessione, pegno, vincolo e beneficiari; Art. 18 – Documentazione da fornire per la denuncia del sinistro – Pagamenti della Società; 21 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 22 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

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

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

L'AQUISITORE _____

Data di sottoscrizione _____

Mod. 220203PR Ed. 07-2025

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 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 e codice IVASS A0955 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

