



MENTE SERENA Tutela

Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili

Vita intera rivalutabile a premio annuo

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- **KID - Key Information Document**
- **DIP AGGIUNTIVO IBIP - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI** comprensive del Regolamento della Gestione Separata
- **GLOSSARIO**
- **MODULO DI PROPOSTA**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

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 appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

Scopo

Il presente documento contiene informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

Prodotto

Nome del prodotto	Mente Serena Tutela PR
Nome dell'ideatore del prodotto	Groupama Assicurazioni S.p.A.
Autorità competente	CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa) e IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)
Contatti dell'ideatore del prodotto	http://www.groupama.it/ - Chiamare il +39 0630181 per maggiori informazioni.
Data di aggiornamento	31/12/2019

State per acquistare un prodotto che non è semplice e può essere di difficile comprensione.

Cos'è questo prodotto?

Tipo	Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili a premio annuo
Obiettivi	Il prodotto prevede, a fronte del versamento di premi annui, la liquidazione del capitale assicurato iniziale, rivalutato e consolidato annualmente fino alla data del decesso o del riscatto, in funzione dei risultati della gestione separata ValorePiù. Il prodotto si prefigge l'obiettivo di conservare nel lungo periodo il capitale versato, proteggendolo dalla variabilità dei mercati. In ogni caso, al momento del riscatto o in caso di decesso, è garantita la restituzione del capitale versato, al netto di tutti i costi applicabili.
Durata	Prodotto a vita intera, termina con il decesso dell'assicurato. E' possibile esercitare il diritto di riscatto, risolvendo anticipatamente il contratto, dopo il pagamento di almeno tre annualità, se la durata del periodo di pagamento dei premi non è inferiore a sei anni, o di almeno due annualità di premio, se la durata del periodo di pagamenti dei premi è pari a cinque anni. Groupama Assicurazioni S.p.A. non è autorizzata a recedere unilateralmente dal contratto.
Investitori al dettaglio a cui si intende commercializzare il prodotto	Il prodotto è destinato ad un cliente al dettaglio con buona conoscenza del mercato dei capitali, una capacità di immobilizzare la somma investita per almeno 20 anni, una propensione al rischio bassa, una capacità finanziaria di subire perdite nulle sul capitale versato al netto dei costi e che si prefigge l'obiettivo della conservazione dello stesso nel tempo.
Prestazioni assicurative e costi	La Società si impegna a corrispondere, ai beneficiari designati, il capitale assicurato iniziale rivalutato fino al momento in cui si verifica il decesso dell'assicurato. Il valore di tale prestazione è dettagliato nella sezione Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento. Inoltre è possibile richiedere una copertura complementare invalidità permanente, infortunio o beneficio orfani. Il periodo di pagamento dei premi annui viene stabilito dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto, tra un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni, e fermo rimanendo che l'età dell'Assicurato al termine del periodo di pagamento dei premi non può eccedere i 75 anni, ovvero i 65 anni in presenza di coperture complementari. Il premio minimo è di importo pari a EUR 600,00 annui. Il premio per il rischio biometrico, calcolato sulla base delle caratteristiche tipiche degli investitori al dettaglio, ipotizzando un'età dell'assicurato alla sottoscrizione di 40 anni è pari al 0,089% del premio. Detto premio aumenta al crescere dell'età dell'assicurato. Non è possibile effettuare versamenti aggiuntivi.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Indicatore sintetico di rischio



L'indicatore sintetico di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per 20 anni ed è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità di pagarvi quanto dovuto. Abbiamo classificato questo prodotto al livello 2 su 7, che corrisponde alla classe di rischio bassa. Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello basso e che è improbabile che le cattive condizioni di mercato influenzino la capacità di pagarvi quanto dovuto. Avete diritto alla restituzione di almeno 100% del vostro capitale. Qualsiasi importo superiore a quello indicato e qualsiasi rendimento aggiuntivo dipendono dalla performance futura del mercato e sono incerti. Tuttavia, questa protezione dalla performance futura del mercato non si applicherà se voi pagate dei costi di ingresso e/o di riscatto. In tal caso è prevista la restituzione del capitale al netto di tali costi. Se noi non siamo in grado di pagarvi quanto dovuto, potreste perdere il vostro intero investimento. Potrebbe risultare complicato incassare anticipatamente oppure il prezzo pagato per l'incasso anticipato potrà avere impatti significativi su quanto viene restituito in totale.

Scenari di performance

Investimento: € 1.000,00 all'anno
Premio assicurativo: € 8,90

Scenari		1 anno	10 anni	20 anni (Periodo di detenzione raccomandato)
Scenari di sopravvivenza				
Scenario di Stress	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€9.385,32	€9.386,25
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-2,16%	-0,75%
Scenario Sfavorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€9.402,08	€9.402,90
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-2,22%	-0,78%
Scenario Moderato	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€9.439,49	€9.440,46
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-2,30%	-0,80%
Scenario Favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€9.526,03	€9.628,47
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-2,32%	-0,74%
Importo investito cumulato			€9.863,42	€9.863,42
Scenario di morte				
Evento assicurato	Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	€10.000,00	€10.185,49	€10.411,70
Premio assicurativo cumulato		-	€89,00	€178,00

Questa tabella mostra gli importi dei possibili rimborsi nei prossimi 20 anni, in scenari diversi, ipotizzando un investimento di 1.000 EUR all'anno. Gli scenari presentati mostrano la possibile performance dell'investimento. Possono essere confrontati con gli scenari di altri prodotti. Gli scenari presentati sono una stima della performance futura sulla base di prove relative alle variazioni passate del valore di questo investimento e non sono un indicatore esatto. Gli importi dei rimborsi varieranno a seconda della performance del mercato e del periodo di tempo per cui è mantenuto il prodotto. Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme e non tiene conto della situazione in cui non siamo in grado di pagarvi. Questo prodotto non è facilmente liquidabile. Ciò significa che è difficile stimare l'importo del possibile rimborso in caso di disinvestimento prima della fine del periodo di detenzione raccomandato. Le cifre riportate comprendono tutti i costi del prodotto in quanto tale, e comprendono i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto della vostra situazione fiscale personale, che può incidere anch'essa sull'importo del rimborso.

Cosa accade se Groupama Assicurazioni S.p.A. non è in grado di corrispondere quanto dovuto?

In caso di insolvenza di Groupama Assicurazioni S.p.A. gli attivi posti a copertura degli impegni assunti dalla Società saranno utilizzati per soddisfare - con priorità rispetto a tutti gli altri creditori della Società stessa - il credito derivante dal contratto, al netto delle spese necessarie alla procedura di liquidazione. Non essendo previsto alcuno schema di garanzia pubblico o privato che possa compensare, in tutto o in parte, eventuali perdite, è comunque possibile che, in conseguenza dell'insolvenza di Groupama Assicurazioni S.p.A., gli aventi diritti possano perdere una parte o l'intero valore dell'investimento.

Quali sono i costi?

La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento. I costi totali tengono conto dei costi una tantum e dei costi correnti. Gli importi qui riportati corrispondono ai costi cumulativi del prodotto in tre periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti EUR 1.000 ogni anno. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.

Andamento dei costi nel tempo

Investimento: € 1.000,00 all'anno

Scenari	In caso di disinvestimento dopo 1 anno	In caso di disinvestimento dopo 10 anni	In caso di disinvestimento dopo 20 anni
Costi totali	-	€ 1.609,33	€ 1.819,90
Impatto sul rendimento annuale (RIY)	-	3,01%	1,20%

Composizione dei costi

Questa tabella presenta l'impatto annuale dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato.

Questa tabella presenta l'impatto sul rendimento per anno

Costi una tantum	Costi di ingresso	0,05%	Impatto dei costi da sostenere al momento della sottoscrizione dell'investimento.
	Costi di uscita	0,00%	Impatto dei costi di uscita dall'investimento alla scadenza.
Costi correnti	Costi di transazione del portafoglio	0,00%	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	1,15%	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti.

Per quanto tempo devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?

Periodo di detenzione raccomandato: **20 anni**

Il periodo di detenzione è stato scelto in base alle caratteristiche del prodotto e dei sottostanti. E' possibile esercitare il diritto di riscatto, risolvendo anticipatamente il contratto, dopo il pagamento di almeno tre annualità - se la durata del periodo di pagamento dei premi non è inferiore a sei anni - o di almeno due annualità di premio - se la durata del periodo di pagamenti dei premi è pari a cinque anni. Durante il periodo di pagamento dei premi annui il costo di riscatto corrisponde al 60% dell'ultimo premio annuo netto corrisposto, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui non corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti. Se la durata del periodo di pagamento dei premi è inferiore a 10 anni, il costo di riscatto è ridotto di tanti decimi quanti sono gli anni di durata del periodo di pagamento dei premi. Successivamente al termine del pagamento dei premi non sono previsti costi di riscatto. Il riscatto deve essere richiesto per iscritto.

Come presentare reclami?

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a: Groupama Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami, Viale Cesare Pavese, 385, 00144 Roma, email: reclami@groupama.it. Fax 06.80210979.

Sul sito internet della Compagnia (www.groupama.it/conoscerci/contatti/reclami) è disponibile la procedura da seguire per la produzione dei reclami.

Altre informazioni rilevanti

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web www.groupama.it.

Ai sensi della normativa vigente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, dall'intermediario viene consegnato al Contraente il Set Informativo-contenente il DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di Assicurazione. Il Set informativo aggiornato è comunque disponibile per la consultazione sul sito www.groupama.it.

Dopo la conclusione del contratto, l'impresa trasmetterà annualmente l'estratto conto della posizione assicurativa.

(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

Assicurazione a vita intera rivalutabile a premi annui con prestazioni legate al rendimento della Gestione Separata

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

“MENTE SERENA TUTELA”
Contratto Rivalutabile (Ramo I)

Ed. 12/2019

Il DIP aggiuntivo IBIP pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi presso lo stesso Ente al n. G0056, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. 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. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto della Società ammonta a 492,1 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 242,8 e a 249,3 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II", al 31/12/2018 sono pari a: 108,28% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 224,44% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

Ulteriori informazioni relative alla relazione su solvibilità e condizione finanziaria, sono disponibili sul sito internet: <http://www.groupama.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) prestazioni rivalutabili collegate ai risultati di una gestione separata

Le prestazioni assicurate derivanti dall'investimento nella Gestione Separata sono contrattualmente garantite dall'Impresa e si rivalutano annualmente in base al rendimento finanziario di periodo della stessa Gestione Separata.

b) prestazioni in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi epoca esso avvenga, è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato iniziale indicato sul simple di polizza maggiorato delle rivalutazioni riconosciute.

c) Coperture complementari

Copertura complementare infortuni

In caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio o di sua invalidità totale e permanente prima del termine del periodo di pagamento dei premi e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, viene corrisposto un capitale aggiuntivo pari a quello inizialmente assicurato dalla componente assicurativa della garanzia base, raddoppiato in caso di decesso per infortunio automobilistico.

Copertura complementare beneficio orfani

In caso di decesso del coniuge dell'Assicurato, successivamente o contemporaneamente a quello dell'Assicurato e comunque entro il termine del periodo di pagamento dei premi e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, verrà corrisposto un capitale aggiuntivo, pari a quello inizialmente assicurato con la garanzia base, ai figli della coppia in parti uguali.

Copertura complementare in caso di invalidità permanente

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato, prima del termine del periodo di pagamento dei premi, in misura di almeno due terzi del normale e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, il contratto prevede l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Opzioni

Conversione del capitale in rendita

A condizione che l'Assicurato sia in vita e non abbia superato il 75° anno di età, il Contraente può chiedere che il valore di riscatto del contratto venga convertito in una delle seguenti forme di rendita:

- rendita vitalizia rivalutabile, pagabile fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi cinque, dieci o quindici anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di un secondo vitaliziando.

Il coefficiente per la determinazione della rendita sarà quello in vigore all'epoca della conversione.

La rendita vitalizia non potrà essere riscattata durante il periodo di suo godimento.

L'opzione di conversione in rendita potrà essere esercitata a condizione che la rendita non risulti, su base annua, inferiore a 5.000,00 Euro.

Le condizioni contrattuali che regoleranno il contratto durante il pagamento della rendita vitalizia di opzione, comprese la misura e la modalità di rivalutazione della rendita annua, saranno contenute nell'appendice di opzione che verrà sottoposta alla sottoscrizione del Contraente.

Per le prestazioni di tipo a) è possibile consultare il regolamento della gestione interna separata disponibile sul sito internet <http://www.groupama.it>.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- 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;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- attività professionale che comporti una maggiorazione di rischio e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione, non venga dichiarata dall'Assicurato;
- attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio e non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

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

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale qualora essi siano espressamente richiamati nel contratto.



Ci sono limiti di copertura?

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

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

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza la limitazione sopraindicata e pertanto

le garanzie previste della polizza saranno pienamente operanti, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

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

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia:

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

La richiesta deve essere accompagnata da:

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

Per la formalizzazione della richiesta di liquidazione puoi avvalerti del modulo predisposto e messo a disposizione dalla Società.

Documentazione a corredo della richiesta:

In caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice, rilasciato dall'Ufficio di Stato civile del Comune di residenza o del Comune di morte, in cui siano indicati data e luogo di nascita e data di decesso;
- relazione sanitaria del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute dell'Assicurato, redatto su apposito modulo fornito dalla Società, in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla patologia che ha generato il decesso;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto:

- Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente: originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatta in conformità dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000 ossia con firma autenticata da un notaio, cancelliere, segretario comunale, dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.

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

In assenza di testamento, oppure in caso di designazione beneficiaria attribuita in polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari", l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva deve inoltre contenere, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale e la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri eredi oltre quelli indicati.

	<ul style="list-style-type: none"> - Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente: dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi. • decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di Beneficiario minorenne, interdetto o incapace. <p>inoltre, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia del verbale delle Forze dell'ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso. • copia dell'eventuale referto autoptico. <p><u>In caso di invalidità permanente (se tale garanzia è esplicitamente richiamata nella polizza):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste; • copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla genesi dell'invalidità; • copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato di invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto. <p><u>In caso di erogazione della rendita vitalizia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fotocopia di un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato riportante i dati anagrafici (solo nel caso in cui il Contraente sia persona diversa dall'Assicurato); ▪ certificato di esistenza in vita (o relativa autocertificazione) dell'Assicurato, consegnato ad ogni pagamento delle rate di rendita programmate o dietro specifica richiesta della Società. <p>Le richieste di pagamento incomplete comportano la necessità di integrazione dei documenti e, di conseguenza, tempi di liquidazione più lunghi.</p> <p>La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza se il beneficiario intende far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della stessa, oppure venga contestata l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intenda far valere.</p> <p>La Società potrà richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione (ad esempio: cartelle cliniche, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo dell'evento, copia dei più significativi atti dell'eventuale penale, etc.).</p> <p>La Società, una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta, comprensiva delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione.</p> <p>Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.</p> <p>Prescrizione:</p> <p>I diritti alla riscossione delle prestazioni derivanti dal contratto si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro il suddetto termine vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.</p> <p>Erogazione della prestazione:</p> <p>La Società, una volta ricevuta la succitata documentazione, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo ed individuati gli aventi diritto alla liquidazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali nel termine di trenta giorni dall'avvenuta conoscenza dell'evento nonché dalla ricezione della documentazione che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso il suddetto termine, la Società riconosce agli aventi diritto, a partire dallo stesso, i dovuti interessi moratori.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le tue dichiarazioni e quelle dell'Assicurato devono essere esatte e complete.</p> <p>Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, la polizza non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti, nella proposta di assicurazione o negli altri documenti, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>L'importo del premio è determinato in funzione del numero e dell'entità delle garanzie prestate, della durata del periodo di pagamento dei premi, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute e delle attività professionali e sportive svolte.</p> <p>Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo anticipato per il numero di anni pattuiti e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.</p> <p>Una parte del premio corrisposto viene utilizzata dall'Impresa per far fronte ai rischi demografici previsti nel contratto e, pertanto, unitamente alla parte di premio trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà pagato in caso di decesso dell'Assicurato.</p> <p>Il periodo di pagamento dei premi annui viene stabilito all'atto della sottoscrizione del contratto, tra un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni, e fermo rimanendo che l'età dell'Assicurato al termine del periodo di pagamento dei premi non può eccedere i 75 anni, ovvero i 65 anni in presenza di coperture complementari.</p> <p>Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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.</p> <p>I premi da te corrisposti 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.</p> <p>Il premio annuo può essere costante o rivalutabile, in quest'ultimo caso l'importo del premio cresce ogni anno nella stessa misura percentuale di aumento del capitale assicurato.</p> <p>Il contratto prevede la corresponsione di un premio minimo di 600,00 Euro su base annua.</p> <p>Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate frazionate (semestrali, trimestrali, trimestrali o mensili), previa applicazione di un'addizionale di frazionamento.</p> <p>Al fine di maturare il diritto alla riduzione della prestazione assicurata o al riscatto del contratto, è necessario corrispondere per intero le prime tre annualità, ovvero le prime due annualità per contratti con periodo di pagamento dei premi di durata pari a cinque anni; in caso di sospensione dei premi, prima che siano state interamente corrisposte le annualità sopra indicate, la polizza viene estinta, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti.</p> <p>A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi annui e della riduzione delle prestazioni assicurate, decadono, e devono intendersi estinte, le garanzie complementari eventualmente attivate.</p> <p>Non è previsto alcun versamento a tuo carico alla sottoscrizione della proposta.</p>
Rimborso	<p>Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.</p> <p>Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa il premio corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di polizza) di 2,0 Euro specificati in polizza, e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.</p> <p>Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.</p>
Sconti	Il presente contratto non prevede sconti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.</p> <p>Il periodo di pagamento dei premi annui viene stabilito dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto, tra un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni, e fermo rimanendo che l'età dell'Assicurato al termine del periodo di pagamento dei premi non può eccedere i 75 anni, ovvero i 65 anni in presenza di coperture complementari.</p>
Sospensione	Il presente contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



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

Revoca	<p>Nella fase che precede la conclusione del contratto, hai 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.</p> <p>A fronte della revoca, la Società annulla la proposta pervenuta.</p> <p>La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.</p>
Recesso	<p>Una volta concluso il contratto, puoi recedere dal contratto medesimo.</p> <p>Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – devi 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. <p>Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.</p> <p>Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa il premio da te corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di emissione) di 2,0 Euro specificati in polizza e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.</p> <p>Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.</p>
Risoluzione	<p>E' tua facoltà sospendere il pagamento dei premi e risolvere il contratto con i seguenti effetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ estinzione del contratto, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti, in caso di sospensione del pagamento dei premi prima di aver interamente corrisposto le prime tre annualità, ovvero le prime due annualità per contratti con durata del periodo di pagamento dei premi pari a cinque anni; ▪ estinzione del contratto, con riconoscimento del relativo valore di riscatto, in caso di sospensione del pagamento dei premi dopo aver interamente corrisposto le prime tre annualità, ovvero le prime due annualità per contratti con durata del periodo di pagamento dei premi pari a cinque anni. <p>A seguito della sospensione dei premi dopo il pagamento del numero minimo di annualità previste, il contratto rimane in vigore per il capitale ridotto, che continua a rivalutarsi.</p> <p>A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi annui e della riduzione delle prestazioni assicurate, decadono, e devono intendersi estinte, le garanzie complementari eventualmente attivate.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto ad un individuo che ha come obiettivo di investimento quello della conservazione, un orizzonte temporale lungo (maggiore di 5 anni) una conoscenza base dei prodotti di investimento, una tolleranza al rischio bassa e una capacità finanziaria di sostenere perdite nulle del capitale investito.

Il prodotto si propone di assicurare il rischio di decesso dell'Assicurato senza limiti temporali.

Se non liquidato in via anticipata per riscatto totale, il contratto riconosce il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato, in qualunque epoca esso avvenga.

Nel contempo, il contratto consente di soddisfare esigenze di risparmio, attraverso la rivalutazione annuale del capitale assicurato ed il riconoscimento di un rendimento minimo su base annua.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non può essere inferiore ai 18 anni e non può eccedere i 70 anni, ovvero i 60 anni in presenza di coperture complementari.



Quali costi devo sostenere?

Per l'informativa dettagliata dei costi si rimanda a quanto indicato nel KID.

In aggiunta alle informazioni del KID si riportano i seguenti.

- Costi per riscatto

E' possibile esercitare il diritto di riscatto, risolvendo anticipatamente il contratto, dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio (due annualità di premio, se la durata del piano di pagamento dei premi è pari a cinque anni).

Durante il periodo di pagamento dei premi annui il costo di riscatto corrisponde al 60% dell'ultimo premio annuo netto corrisposto, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui non corrisposti, con eventuali frazioni, sta al

numero di premi annui pattuiti. Se la durata del periodo di pagamento dei premi è inferiore a 10 anni, il costo di riscatto è ridotto di tanti decimi quanti sono gli anni di durata del periodo di pagamento dei premi.

Successivamente al termine del pagamento dei premi non sono previsti costi di riscatto.

I costi di riscatto sono variabili in funzione della durata e della durata residua, espresse in anni interi, del periodo di pagamento dei premi.

Nelle tabelle che seguono, è rappresentata la percentuale di riduzione delle prestazioni per effetto della sola penale di riscatto, in funzione della durata e della durata residua, espresse in anni interi, del periodo di pagamento dei premi.

Numero di premi annui interamente versati / numero di anni interamente trascorsi dalla decorrenza del contratto	Durata del periodo di pagamento dei premi (in anni)					
	5	10	15	20	25	30
2	9,60%	-	-	-	-	-
3	4,27%	15,07%	17,42%	18,77%	19,68%	20,49%
4	1,60%	9,69%	11,98%	13,25%	14,09%	14,80%
5	0,00%	6,46%	8,71%	9,94%	10,74%	11,38%
6		4,31%	6,53%	7,73%	8,50%	9,11%
7		2,77%	4,98%	6,15%	6,90%	7,48%
8		1,61%	3,81%	4,97%	5,70%	6,26%
9		0,72%	2,90%	4,05%	4,77%	5,31%
10		0,00%	2,18%	3,31%	4,03%	4,55%
11			1,58%	2,71%	3,42%	3,93%
12			1,09%	2,21%	2,91%	3,41%
13			0,67%	1,78%	2,48%	2,98%
14			0,31%	1,42%	2,11%	2,60%
15			0,00%	1,10%	1,79%	2,28%
16				0,83%	1,51%	1,99%
17				0,58%	1,26%	1,74%
18				0,37%	1,04%	1,52%
19				0,17%	0,85%	1,32%
20				0,00%	0,67%	1,14%
21					0,51%	0,98%
22					0,37%	0,83%
23					0,23%	0,69%
24					0,11%	0,57%
25					0,00%	0,46%
26						0,35%
27						0,25%
28						0,16%
29						0,08%
30						0,00%

-Costi per l'erogazione della rendita

Previa specifica richiesta pervenuta alla Società e purché l'Assicurato sia in vita, è possibile richiedere la conversione (in parte o totale) del valore di riscatto in una delle seguenti forme di rendita:

- rendita vitalizia rivalutabile, pagabile fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi cinque, dieci o quindici anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di un secondo vitaliziando.

Il coefficiente per la determinazione della rendita sarà quello in vigore all'epoca della conversione.

L'opzione di conversione in rendita potrà essere esercitata a condizione che la rendita non risulti, su base annua, inferiore a 5.000,00 Euro.

Le condizioni contrattuali che regoleranno il pagamento della rendita vitalizia di opzione, comprese le spese di erogazione della rendita annua e le modalità di frazionamento della stessa, saranno contenute nell'appendice di opzione.

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 38%.



Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Il contratto si propone di assicurare il rischio di decesso dell'Assicurato senza limiti temporali.

Se non liquidato in via anticipata per riscatto totale, il contratto riconosce il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato, in qualunque epoca esso avvenga.

Nel contempo, il contratto consente di soddisfare esigenze di risparmio, attraverso la rivalutazione annuale del capitale assicurato ed il riconoscimento di un rendimento minimo su base annua.

Una parte del premio corrisposto viene utilizzata dall'Impresa per far fronte ai rischi demografici previsti nel contratto e, pertanto, unitamente alla parte di premio trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del

capitale che sarà pagato in caso di decesso dell'Assicurato.

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, successiva alla data di decorrenza, il capitale assicurato viene rivalutato in base al rendimento finanziario di periodo conseguito dalla Gestione Separata ValorePiù al netto delle commissioni annue di gestione.

La misura annua di rivalutazione attribuita al contratto non può in alcun caso essere negativa

Le prestazioni aggiuntive attribuite annualmente a titolo di rivalutazione, se positive, vengono consolidate e quindi acquisite in via definitiva dal contratto; questo vuol dire che le prestazioni assicurate, per effetto della rivalutazione, non possono mai diminuire.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione

In caso di sospensione dei premi dopo che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità, ovvero le prime due annualità per contratti con periodo di pagamento dei premi di durata pari a cinque anni, il contratto rimane in vigore, libero dall'obbligo di ulteriori versamenti e per un capitale ridotto.

Il capitale assicurato ridotto coincide con il valore di riscatto, calcolato al momento dell'interruzione dei premi.

Il capitale assicurato ridotto, liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato, viene rivalutato, ad ogni successiva ricorrenza annuale del contratto.

A condizione che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità di premio, ovvero due annualità se il periodo di pagamento dei premi ha durata pari a cinque anni, puoi chiedere per iscritto la risoluzione del contratto e di tutte le prestazioni ad esso connesse, mediante la liquidazione del relativo valore di riscatto.

Il valore di riscatto del contratto è determinato nel modo seguente.

- Forma a premio annuo costante
 - Durante il periodo di pagamento dei premi: il valore di riscatto è pari al capitale assicurato iniziale, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti, maggiorato della differenza tra il capitale assicurato all'ultima ricorrenza annuale trascorsa ed il capitale assicurato iniziale;
 - Dopo il termine del periodo di pagamento dei premi o a seguito della riduzione delle prestazioni assicurate: il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale trascorsa.
- Forma a premio annuo rivalutabile
 - Durante il periodo di pagamento dei premi: il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti.
 - Dopo il termine del periodo di pagamento dei premi o a seguito della riduzione delle prestazioni assicurate: il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale.

Indipendentemente dalla forma prescelta, a premio annuo costante o a premio annuo rivalutabile, se il diritto di riscatto è esercitato durante il periodo di pagamento dei premi, dal valore determinato secondo quanto descritto ai commi precedenti, è detratto il 60% dell'ultimo premio annuo netto corrisposto, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui non corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti. Se la durata del periodo di pagamento dei premi è inferiore a 10 anni, tale ultimo importo è ridotto di tanti decimi quanti sono gli anni di durata del periodo di pagamento dei premi.

Il capitale assicurato non può essere riscattato in misura parziale.

Esiste l'eventualità che i valori di riduzione e di riscatto del contratto, risultino inferiori ai premi corrisposti. Le garanzie complementari non danno diritto a valore di riduzione o riscatto.

In caso di sospensione dei premi, prima che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità (se la durata del contratto è pari a cinque anni), la polizza viene estinta, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti.

Entro ventiquattro mesi dalla sospensione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione, dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, per il periodo intercorso tra le relative date di scadenza e quella di riattivazione. Il saggio annuo di riattivazione è uguale al rendimento annuo attribuito al contratto, con il minimo del saggio legale di interesse.

Tuttavia, trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, e può essere subordinata, in funzione dell'età dell'Assicurato e del capitale assicurato alla data della riattivazione, a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

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

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

Richiesta di informazioni	Per la quantificazione del valore di riscatto del contratto è possibile rivolgersi a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Liquidazioni Vita Individuali, Viale Cesare Pavese, 385, 00144 Roma – Tel 06/3018.1, fax 06 80.210.773, e-mail Vita_Liquidazioni@groupama.it.
----------------------------------	--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS	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
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando 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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Si riporta di seguito il trattamento fiscale applicabile al contratto , in vigore alla data di redazione del presente documento, con riferimento alla specifica forma contrattuale.</p> <p><u>Imposta sui premi</u> I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte ad eccezione della quota di premio relativa alla garanzia complementare infortuni; per tale componente l'imposta è pari al 2,5%.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.</p> <p><u>Tassazione delle prestazioni</u> Le somme dovute dalla Società a fronte di contratti di assicurazione sulla vita e in caso di decesso dell'assicurato, sono esenti da IRPEF unicamente per la componente di capitale erogata a fronte della copertura del rischio demografico (i.e. copertura del rischio morte dell'assicurato). In caso di vita dell'Assicurato: a) le somme corrisposte dalla Società in forma di capitale sono soggette ad una ritenuta di imposta, operata direttamente dalla Società, che si ottiene applicando l'aliquota del 26% alla plusvalenza realizzata, pari alla differenza tra il capitale liquidabile e l'ammontare dei premi versati per la sua costituzione, ossia al netto della quota parte degli stessi destinati alla copertura del rischio di morte. Detta differenza è ridotta del 51,92% della quota della stessa forfettariamente riferita ai proventi derivanti dalle obbligazioni e dagli altri titoli di cui all'articolo 31 del DPR 601/1973 ed equiparati e dalle obbligazioni emesse dagli Stati inclusi nella lista di cui al decreto emanato ai sensi dell'articolo 168-bis del DPR 917/1986; b) le somme corrisposte dalla Società in forma di rendita, a seguito dell'esercizio dell'opzione di conversione del valore di rimborso, sono soggette a ritenuta di imposta (operata direttamente dalla Società) applicata annualmente ai rendimenti contrattuali di volta in volta maturati, ivi compreso l'interesse precontato nel calcolo della rendita (tasso tecnico). L'aliquota della ritenuta di imposta è determinata secondo le medesime modalità sopra illustrate per le prestazioni liquidate sotto forma di capitale. Prima della conversione, il capitale costitutivo della rendita è assoggettato al medesimo regime fiscale sopra descritto per le somme liquidate sotto forma di capitale.</p> <p>La Società non opera la ritenuta dell'imposta sostitutiva sui capitali comunque corrisposti a soggetti che esercitano un'attività commerciale, per i quali i suddetti capitali concorrono a formare il reddito d'impresa, secondo le regole proprie di tali categorie di reddito, e sono assoggettati a tassazione ordinaria. Se le somme sono corrisposte a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati nell'ambito di attività commerciale, la Società non applica la predetta imposta sostitutiva qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito. In caso di decesso dell'Assicurato:</p>
---	---

c) la componente finanziaria del contratto, sarà assoggettata a tassazione sulla base di quanto illustrato al punto a);
d) l'eventuale componente erogata a fronte della copertura del rischio morte dell'assicurato è esente da IRPEF.

In caso di decesso dell'assicurato, le somme corrisposte ai beneficiari sono percepite jure proprio e, come tali, sono esenti dalle imposte sulle successioni in quanto non concorrono a formare l'asse ereditario.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA DATA PREVISTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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.



Assicurazioni



MENTE SERENA Tutela

Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili

Vita intera rivalutabile a premio annuo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

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 appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

Sommario

Premessa	3
SEZIONE I: CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO	3
Art. 1 - Oggetto del Contratto	3
Art. 2 - Obblighi della Società	3
Art. 3 - Durata del contratto	3
Art. 4 - Prestazioni assicurate.....	3
Art. 5 - Rischio di morte.....	4
SEZIONE II: CONCLUSIONE, REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO	5
Art. 6 - Conclusione ed efficacia del contratto.....	5
Art. 7 - Diritto di revoca della proposta	5
Art. 8 - Diritto di recesso del Contraente	5
III: CLAUSOLE DI CARENZA CONTRATTUALE	6
Art. 9 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica...6	
Art. 10 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica	6
SEZIONE IV: DICHIARAZIONI	6
Art. 11 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	6
SEZIONE V: PREMI	7
Art. 12 - Premi annui	7
Art. 13 - Rivalutazione annuale del premio	8
Art. 14 - Rifiuto della rivalutazione del premio e sua stabilizzazione	8
Art. 15 - Interruzione del pagamento dei premi - Riduzione delle prestazioni	8
Art. 16 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione.....	9
SEZIONE VI: REGOLAMENTAZIONE IN CORSO DI CONTRATTO	9
Art. 17 - Rivalutazione annuale del capitale	9
Art. 18 - Riscatto totale.....	10
Art. 19 - Prestiti	11
Art. 20 - Conversione del valore di riscatto in rendita vitalizia.....	11

SEZIONE VII: ALTRE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI	12
Art. 21 - Cessione, pegno, vincoli, beneficiari	12
Art. 22 - Legge applicabile al contratto.....	12
Art. 23 - Pagamenti della Società.....	12
Art. 24 - Duplicato di polizza	14
Art. 25 - Tasse e imposte.....	14
Art. 26 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio	14
Art. 27 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni	15
Art. 28 - Foro Competente	15
REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA DI GROUPAMA ASSICURAZIONI DENOMINATA “VALOREPIÙ”	16
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI	19
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI	22
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE DI ESONERO PAGAMENTO PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	23
GLOSSARIO	26

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

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.

SEZIONE I: CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 1 - Oggetto del Contratto

Il contratto si propone di assicurare il rischio di decesso dell'Assicurato senza limiti temporali.

Se non liquidato in via anticipata per riscatto totale, il contratto riconosce il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato, in qualunque epoca esso avvenga.

Nel contempo, il contratto consente di soddisfare esigenze di risparmio, attraverso la rivalutazione annuale del capitale assicurato ed il riconoscimento di un rendimento minimo su base annua.

Art.2 - Obblighi della Società

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

Art. 3 - Durata del contratto

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

Alla data di decorrenza del contratto, l'età dell'Assicurato non può essere inferiore ai 18 anni e superiore ai 70 (60 anni nel caso di attivazione delle garanzie complementari). All'atto della sottoscrizione del contratto, è il Contraente a decidere il periodo di pagamento dei premi annui, che può variare tra un minimo di 5 e un massimo di 30 anni. L'Assicurato non può eccedere i 75 anni di età (o il 65 anni in caso di garanzie complementari) al termine del periodo di pagamento dei premi.

Art. 4 - Prestazioni assicurate

Prestazione della garanzia base

Con il decesso dell'Assicurato, in qualunque momento avvenga, verrà corrisposto ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, il capitale assicurato iniziale maggiorato delle rivalutazioni riconosciute.

L'importo del capitale assicurato iniziale corrisponde al valore del capitale assicurato indicato nella proposta di assicurazione e nel simple di polizza.

Il capitale assicurato iniziale, derivante dai premi corrisposti, viene annualmente rivalutato in base a quanto previsto al successivo art.17 .

Prestazione in caso di attivazione della garanzia complementare infortuni (garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata nel contratto)

Nel caso in cui il decesso a seguito di infortunio, o l'invalidità temporanea o permanente dell'Assicurato si verificano prima del termine del periodo di pagamento dei premi, a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, viene corrisposto un capitale aggiuntivo pari a quello inizialmente assicurato dalla componente assicurativa della garanzia base. Il capitale aggiuntivo viene raddoppiato in caso di decesso per infortunio automobilistico.

Le condizioni che regolano il riconoscimento del decesso a seguito di infortunio, di infortunio automobilistico, lo stato di invalidità permanente, nonché la validità della garanzia, sono riportate nell'Allegato 1 "Condizioni della garanzia complementare infortuni", facente parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Prestazione in caso di attivazione della garanzia complementare beneficio orfani (garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata nel contratto)

Nel caso in cui si verifichi il decesso del coniuge dell'Assicurato, successivamente o contemporaneamente a quello dell'Assicurato, (e comunque) **entro il termine del periodo di pagamento dei premi e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, verrà corrisposto un capitale aggiuntivo, pari a quello inizialmente assicurato con la garanzia base, ai figli della coppia in parti uguali.

Le condizioni regolanti la garanzia complementare beneficio orfani sono riportate nell'Allegato 2 "Condizioni della garanzia complementare beneficio orfani", facente parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Prestazione in caso di attivazione della garanzia complementare di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente dell'Assicurato (garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata nel contratto)

Nel caso in cui si verifichi l'invalidità permanente dell'Assicurato **prima del termine del periodo di pagamento dei premi, in misura di almeno due terzi del normale, ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, il contratto prevede l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Le condizioni regolanti il riconoscimento dello stato di invalidità permanente e la validità della garanzia sono riportate nell'Allegato 3 "Condizioni della garanzia complementare di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente", facente parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 5 - Rischio di morte

E' prevista copertura per il rischio morte qualunque sia la causa e senza limiti territoriali.

La garanzia assicurativa non copre i casi di decesso avvenuti per:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- 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;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- attività professionale che comporti una maggiorazione di rischio e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione, non venga dichiarata dall'Assicurato;
- attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio e non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

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

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti agli artt. 9 e 10, qualora essi siano espressamente richiamati nel contratto.

SEZIONE II: CONCLUSIONE, REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO

Art. 6 - 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. 7 - Diritto di revoca della proposta

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

A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

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

Art. 8 - Diritto di recesso del Contraente

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dallo stesso.

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 24:00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

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

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

III: CLAUSOLE DI CARENZA CONTRATTUALE

Art. 9 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica (limiti alla garanzia assicurativa)

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

A condizione che si sottoponga a visita medica e accetti le modalità e eventuali oneri che ne possano derivare, l'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza.

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

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

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

Art. 10 - Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica (limiti alla garanzia assicurativa)

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

SEZIONE IV: DICHIARAZIONI

Art. 11 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

o in malafede. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.

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 modificazioni, 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).

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della Legge 18 giugno 2015, n.95, la Società è obbligata a identificare i Contraenti che abbiano obblighi fiscali verso gli Stati Uniti oppure che abbiano la residenza fiscale in Stati diversi dall'Italia, inviando comunicazioni periodiche all'Agenzia delle Entrate fino all'estinzione degli stessi. L'identificazione deve avvenire in occasione dell'emissione della polizza e può essere successivamente reiterata durante tutta la durata del contratto: **a tal fine la Società può richiedere specifiche informazioni e/o un'autocertificazione al Contraente, al Beneficiario e, nel caso di persone giuridiche, anche al Rappresentante Legale e al Titolare Effettivo.** Se durante la vigenza del contratto i predetti soggetti acquisiscono obblighi fiscali verso gli Stati Uniti oppure una nuova residenza fiscale in uno Stato diverso dall'Italia, hanno l'obbligo di comunicare il cambiamento per iscritto **alla Società entro 60 giorni dell'evento**. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Società e, nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Società si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

SEZIONE V: PREMI

Art. 12 - Premi annui

A fronte delle prestazioni assicurate il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo anticipato per il numero di anni pattuiti e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il periodo di pagamento dei premi annui viene stabilito dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto, tra un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni, e fermo rimanendo che l'età dell'Assicurato al termine del periodo di pagamento dei premi non può eccedere i 75 anni, ovvero i 65 anni in presenza di garanzie complementari.

Il premio annuo può essere costante o rivalutabile, in quest'ultimo caso l'importo del premio cresce ogni anno nella stessa misura percentuale di aumento del capitale assicurato.

Il contratto prevede la corresponsione di un premio minimo di 600,00 Euro su base annua.

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate frazionate (semestrali, quadrimestrali, trimestrali o mensili), previa **applicazione di un'addizionale di frazionamento, pari al 2,0% per il frazionamento semestrale, al 2,5% per il quadrimestrale, al 3,0% per il trimestrale e al 3,5% per il mensile.**

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.

In caso di attivazione del frazionamento mensile, alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità. 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. 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. Da ogni premio o rata di premio annuo vengono detratti i diritti di emissione e quietanza, pari a 2,00 Euro,

gli eventuali interessi di frazionamento, ed i caricamenti, variabili in funzione del numero dei premi annui programmati secondo la seguente tabella.

Tabella A – Misura del caricamento prelevato su ogni rata di premio, al netto dei diritti e degli interessi di frazionamento, al variare del numero dei premi annui programmati

N° premi annui	Caricamento	N° premi annui	Caricamento	N° premi annui	Caricamento
5	6,00%	10	6,50%	15	7,00%
6	6,00%	11	6,50%	16	7,00%
7	6,25%	12	6,75%	17	7,25%
8	6,25%	13	6,75%	18	7,25%
9	6,50%	14	6,75%	da 19 a 30	7,50%

Art. 13 - Rivalutazione annuale del premio (articolo valido per la sola forma a premio annuo rivalutabile)

A fronte della rivalutazione del capitale assicurato, il premio dovuto ad ogni anniversario della data di decorrenza, determinato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del periodo di pagamento dei premi stabilita alla decorrenza, viene aumentato nella stessa misura di rivalutazione applicata al capitale assicurato, ai sensi del successivo art. 17.

Art. 14 - Rifiuto della rivalutazione del premio e sua stabilizzazione (articolo valido per la sola forma a premio annuo rivalutabile)

Il Contraente ha facoltà, ad ogni anniversario dalla data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio non venga più effettuata (stabilizzazione del premio fino alla scadenza). Il rifiuto della rivalutazione del premio pregiudica il diritto del Contraente di chiedere il ripristino della rivalutazione delle annualità di premio successive.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di stabilizzare l'importo del premio annuo, il capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale riproporzionato, come appresso definito, per la misura annua di rivalutazione e moltiplicando ulteriormente il risultato di detto prodotto per il rapporto fra il numero degli anni trascorsi dalla decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata del periodo di pagamento dei premi annui;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la misura di rivalutazione per la differenza fra il capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale ed il capitale riproporzionato.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale assicurato iniziale per il rapporto fra l'ammontare dell'ultimo premio annuo netto rivalutato ed il premio annuo netto iniziale, dove per premio annuo netto deve intendersi il premio annuo al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento.

Art. 15 - Interruzione del pagamento dei premi - Riduzione delle prestazioni

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 tre annualità, ovvero le prime due annualità per contratti con periodo di pagamento dei premi di durata pari a cinque anni**, il contratto rimane in vigore, libero dall'obbligo di ulteriori versamenti e per un capitale ridotto.

Il capitale assicurato ridotto coincide con il valore di riscatto, calcolato al momento dell'interruzione dei premi.

Il capitale assicurato ridotto, liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato, viene rivalutato, ad ogni successiva ricorrenza annuale del contratto, nella misura stabilita al successivo art. 17.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi annui e della riduzione delle prestazioni assicurate, decadono, e devono intendersi estinte, le garanzie complementari eventualmente attivate.

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

Art. 16 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

Entro ventiquattro mesi dalla sospensione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione, dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, per il periodo intercorso tra le relative date di scadenza e quella di riattivazione. Il saggio annuo di riattivazione è uguale al rendimento annuo attribuito al contratto, con il minimo del saggio legale di interesse.

Tuttavia, **trascorsi sei mesi** dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, e può essere subordinata, in funzione dell'età dell'Assicurato e del capitale assicurato alla data della riattivazione, a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

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

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

SEZIONE VI: REGOLAMENTAZIONE IN CORSO DI CONTRATTO

Art. 17 - Rivalutazione annuale del capitale

I premi corrisposti, al netto dei diritti, degli interessi di frazionamento e dei costi di caricamento illustrati al precedente art. 16, nonché del costo delle coperture assicurative di puro rischio, vengono investiti nella Gestione Separata ValorePiù e le prestazioni assicurate sono annualmente rivalutate nella misura e con le modalità di seguito indicate.

La Società determina, **entro il giorno 1 del mese che precede l'anniversario della decorrenza del contratto**, la misura di rivalutazione, che **si ottiene sottraendo le commissioni annue di gestione dal "rendimento di periodo" della Gestione Separata ValorePiù** dei dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente la ricorrenza annuale. **Le commissioni annue di gestione, indicate nella seguente tabella, sono determinate in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione Separata e degli anni interamente trascorsi dalla decorrenza del contratto.**

Tabella B – Commissioni annue di gestione prelevate dal rendimento conseguito dalla Gestione Separata

Anni trascorsi dalla decorrenza	Commissioni annue di gestione
Fino al termine dell'8° anno	1,20% + 0,10 * max (rendimento fondo – 5,5%; 0)
Tra il 9° ed il 15° anno interamente trascorso	1,10% + 0,10 * max (rendimento fondo – 5,5%; 0)
Dal 16° anno	1,00% + 0,10 * max (rendimento fondo – 5,5%; 0)

Per “rendimento di periodo” della Gestione Separata ValorePiù si intende il rendimento calcolato al termine di ciascun mese di calendario, con riferimento ai dodici mesi di calendario trascorsi, rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata ValorePiù di quel periodo, al valore medio della Gestione Separata ValorePiù nello stesso periodo. Per “risultato finanziario” e per “valore medio” della Gestione Separata ValorePiù si intende quanto definito all’art. 3 del Regolamento (commi 2 e 4), relativamente al periodo considerato anziché all’esercizio.

La misura annua di rivalutazione non può risultare negativa.

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, successiva alla data di decorrenza, il capitale assicurato in vigore viene rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca.

Il capitale assicurato rivalutato, calcolato in base alla misura di rivalutazione sopra indicata, è determinato nel modo seguente.

Forma a premio annuo costante

- *Durante il periodo di pagamento dei premi:* il capitale assicurato rivalutato si ottiene sommando al capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale:
 - un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale, ridotto nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata del periodo di pagamento dei premi, per la misura della rivalutazione;
 - un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza fra il capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale e quello iniziale.
- *Dopo il termine del periodo di pagamento dei premi o a seguito della riduzione delle prestazioni assicurate:* il capitale assicurato rivalutato si ottiene sommando al capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale il prodotto di quest’ultimo per la misura di rivalutazione fissata.

Forma a premio annuo rivalutabile

Il capitale assicurato rivalutato si ottiene sommando al capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale un importo ottenuto moltiplicando lo stesso capitale assicurato alla precedente ricorrenza annuale per la misura di rivalutazione fissata. L’importo del capitale assicurato rivalutato viene comunicato di volta in volta al Contraente.

Non è previsto il riconoscimento di rivalutazioni pro-rata in caso di liquidazione delle prestazioni ad una data diversa dalla ricorrenza annuale.

In caso di opzione per la conversione del valore di riscatto del contratto in rendita vitalizia, le condizioni per la rivalutazione delle prestazioni saranno contenute nell’appendice di opzione.

Le prestazioni aggiuntive attribuite annualmente a titolo di rivalutazione vengono consolidate e quindi acquisite in via definitiva dal contratto; questo vuol dire che le prestazioni assicurate, per effetto della rivalutazione, non possono mai diminuire. Conseguentemente, il rischio finanziario relativo agli investimenti nella Gestione Separata ValorePiù, che può comportare anche la variazione in negativo del patrimonio a seguito delle oscillazioni di prezzo dei titoli in cui è investito, rimane totalmente a carico di Groupama Assicurazioni S.p.A.

Art. 18 - Riscatto totale

A condizione che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità di premio, o due annualità se il periodo di pagamento dei premi ha durata pari a cinque anni, il Contraente può chiedere per iscritto la risoluzione del contratto e di tutte le prestazioni ad esso connesse, mediante la liquidazione del relativo valore di riscatto.

Il valore di riscatto del contratto è determinato nel modo seguente.

Forma a premio annuo costante

- *Durante il periodo di pagamento dei premi:* il valore di riscatto è pari al capitale assicurato iniziale, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti, maggiorato della differenza tra il capitale assicurato all'ultima ricorrenza annuale trascorsa ed il capitale assicurato iniziale;
- *Dopo il termine del periodo di pagamento dei premi o a seguito della riduzione delle prestazioni assicurate:* il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale trascorsa.

Forma a premio annuo rivalutabile

- *Durante il periodo di pagamento dei premi:* il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti.
- *Dopo il termine del periodo di pagamento dei premi o a seguito della riduzione delle prestazioni assicurate:* il valore di riscatto è pari al capitale assicurato rivalutato all'ultima ricorrenza annuale.

Indipendentemente dalla forma prescelta, a premio annuo costante o a premio annuo rivalutabile, se il diritto di riscatto è esercitato durante il periodo di pagamento dei premi, dal valore determinato secondo quanto descritto ai commi precedenti, è detratto il 60% dell'ultimo premio annuo netto corrisposto, ridotto nella proporzione in cui il numero dei premi annui non corrisposti, con eventuali frazioni, sta al numero di premi annui pattuiti. **Se la durata del periodo di pagamento dei premi è inferiore a 10 anni, tale ultimo importo è ridotto di tanti decimi quanti sono gli anni di durata del periodo di pagamento dei premi.**

Il capitale assicurato non può essere riscattato in misura parziale.

Art. 19 - Prestiti

Entro il termine del periodo di pagamento dei premi ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi annui pattuiti, il Contraente può ottenere prestiti dalla Società, nei limiti del 90% del valore di riscatto maturato al momento della richiesta, comprensivo di eventuali prestiti già concessi in precedenza e non ancora interamente restituiti.

Gli interessi sui prestiti sono determinati in modo anticipato ed in base al rendimento annuo attribuito al contratto, con il minimo del saggio legale di interesse.

In caso di mancata corresponsione degli interessi, gli stessi verranno recuperati dalla Società, unitamente al prestito erogato, fino a concorrenza del valore di riscatto, con conseguente annullamento del contratto.

Art. 20 - Conversione del valore di riscatto in rendita vitalizia

È data facoltà al Contraente, a condizione che l'Assicurato non abbia superato il 75° anno di età, di chiedere che il valore di riscatto del contratto venga convertito in una delle seguenti forme di rendita:

- rendita vitalizia rivalutabile, pagabile fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi cinque anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita;
- rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi dieci anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita (in questo caso l'età dell'Assicurato alla data di esercizio dell'opzione non dovrà superare i 70 anni);
- rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi quindici anni e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita (in questo caso l'età dell'Assicurato alla data di esercizio dell'opzione non dovrà superare i 65 anni);
- rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di un secondo vitaliziando fino a che questo è in vita.

Il coefficiente per la determinazione della rendita sarà quello in vigore all'epoca della conversione.

La rendita vitalizia non potrà essere riscattata durante il periodo di suo godimento.

L'opzione di conversione in rendita potrà essere esercitata **a condizione che la rendita non risulti, su base annua, inferiore a 5.000,00 Euro.**

Le condizioni contrattuali che regoleranno il contratto durante il pagamento della rendita vitalizia di opzione, comprese la misura e la modalità di rivalutazione della rendita annua, saranno contenute nell'appendice di opzione che verrà sottoposta alla sottoscrizione del Contraente.

SEZIONE VII: ALTRE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI

Art. 21 - Cessione, pegno, vincoli, beneficiari

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

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società o contenute in un testamento valido. In caso di mancata indicazione del beneficiario in forma nominativa, se sopraggiunge il decesso dell'Assicurato, la Società potrà incontrare al momento del verificarsi dell'evento difficoltà a identificare e a ricercare i soggetti destinatari della prestazione.

Se il Contraente designa il beneficiario in forma nominativa, potrà esprimere la sua volontà per escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima dell'evento (ad esempio, comunicazione di prestazioni a scadenza). Inoltre, il Contraente ha la facoltà di nominare un **Referente Terzo** a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

Art. 22 - Legge applicabile al contratto

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

Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Diritto proprio del Beneficiario

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

Art. 23 - Pagamenti della Società

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

La richiesta deve essere accompagnata da:

- copia di un documento d'identità in corso di validità
- copia del codice fiscale

- dichiarazione di esistenza in vita dell'Assicurato (solo se figura diversa dal Contraente ed escluso il caso di morte)
- indicazione del codice IBAN di un conto intestato o cointestato al beneficiario della prestazione

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

Documentazione a corredo della richiesta:

In caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice, rilasciato dall'Ufficio di Stato civile del Comune di residenza o del Comune di morte, in cui siano indicati data e luogo di nascita e data di decesso;
- relazione sanitaria del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute dell'Assicurato, redatto su apposito modulo fornito dalla Società, in alternativa in forma libera purchè vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla patologia che ha generato il decesso;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto:
 - *Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente:* originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatta in conformità dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000 ossia con firma autenticata da un notaio, cancelliere, segretario comunale, dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento. In presenza di testamento, una copia autentica dello stesso dovrà essere allegata all'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva, da cui risulti che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato. Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita in polizza e la stessa riporta "gli eredi testamentari", l'atto di notorietà/ dichiarazione sostitutiva dovrà fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascun erede con la specifica che tali eredi sono testamentari e che non esistono altri eredi testamentari oltre quelli indicati.
In assenza di testamento, oppure in caso di designazione beneficiaria attribuita in polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari", l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva deve inoltre contenere, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale e la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri eredi oltre quelli indicati.
 - *Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente:* dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi.
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di Beneficiario minorenne, interdetto o incapace.

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

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

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

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenda che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla genesi dell'invalidità;
- copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato di invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto.

In caso di erogazione della rendita vitalizia:

- fotocopia di un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato riportante i dati anagrafici (solo nel caso in cui il Contraente sia persona diversa dall'Assicurato);
- certificato di esistenza in vita (o relativa autocertificazione) dell'Assicurato, consegnato ad ogni pagamento delle rate di rendita programmate o dietro specifica richiesta della Società.

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

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

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

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

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

Art. 24 - 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. 25 - Tasse e imposte

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

Art. 26 - 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. 27 - 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. 28 - 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.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA DI GROUPAMA ASSICURAZIONI DENOMINATA “VALOREPIÚ”

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività di Groupama Assicurazioni S.p.A. (di seguito “Compagnia”), che viene contraddistinta con il nome “VALOREPIÚ” ed indicata nel seguito con la denominazione di “FONDO”.

La valuta di denominazione del FONDO è l’Euro.

Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all’importo delle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili che prevedono una clausola di rivalutazione legata ai rendimenti realizzati dal FONDO.

La gestione del FONDO è conforme alle norme stabilite dall’Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS ex ISVAP) con il Regolamento n. 38 del 3 giugno 2011, ed ottempererà ad eventuali successive disposizioni.

Articolo 1 - Obiettivi e politiche di investimento

La gestione del FONDO ha per obiettivo la conservazione e la crescita del suo valore, il raggiungimento dei rendimenti minimi garantiti a favore degli assicurati e la stabilizzazione nel tempo dei rendimenti conseguiti, nell’ottica della gestione integrata dell’attivo e del passivo e tenuto conto delle variabili macroeconomiche e di mercato che influenzano le scelte d’investimento.

La gestione del FONDO segue le politiche di investimento di seguito descritte, conformi alla regolamentazione in vigore.

- **AREE GEOGRAFICHE:**

Gli investimenti appartengono alle seguenti aree geografiche: Europa – Stati Uniti – Giappone. L’Europa rappresenta non meno del 90% del portafoglio, valutato a valori di carico in gestione separata. E’ ammesso l’investimento in strumenti finanziari appartenenti ad un’area geografica differente dalle tre menzionate.

- **INVESTIMENTI AZIONARI, IMMOBILIARI ED ALTERNATIVI:**

Sono ammessi investimenti in azioni e obbligazioni convertibili di società operanti in Stati membri dell’OCSE. Gli investimenti immobiliari ed alternativi sono ammessi nei limiti e con la modalità prevista dalla normativa in vigore. L’esposizione azionaria è altresì rappresentata da OICR.

- **INVESTIMENTI OBBLIGAZIONARI CORPORATE:**

Tenuto conto del rischio di credito, calcolato su tutti gli emittenti obbligazionari corporate, sono ammessi investimenti obbligazionari in società operanti in Stati membri dell’OCSE. L’esposizione obbligazionaria corporate è altresì rappresentata da OICR. L’investimento diretto in titoli obbligazionari corporate tiene sempre conto dei cash flow attesi sul profilo delle passività del portafoglio.

- **INVESTIMENTI OBBLIGAZIONARI GOVERNATIVI:**

Tenuto conto del rischio di tasso, calcolato su tutti gli emittenti obbligazionari, è consentito l’investimento in titoli obbligazionari emessi e/o garantiti da Stati appartenenti all’OCSE, da emittenti internazionali a cui aderisca almeno uno stato membro dell’OCSE, da emittenti locali controllati da emittenti governativi appartenenti all’OCSE, da emittenti parastatali di Stati appartenenti all’OCSE denominati in Euro ed aventi rating investment grade, a condizione che nessuna agenzia di rating abbia espresso una valutazione inferiore.

Indipendentemente dal rating, l’adeguatezza del merito creditizio dei singoli emittenti è valutata dalla Compagnia attraverso apposite procedure interne di verifica del rischio di credito.

L'investimento diretto in titoli obbligazionari governativi tiene sempre conto dei cash flow attesi sul profilo delle passività del portafoglio.

▪ **STRUMENTI FINANZIARI DERIVATI:**

Gli strumenti finanziari derivati possono essere utilizzati dall'Impresa sia con finalità di copertura del rischio presente sulle attività del portafoglio titoli, sia al fine di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio stesso. L'utilizzo degli strumenti finanziari derivati è soggetto al pieno rispetto della relativa normativa di vigilanza in materia e della Delibera Quadro sugli Investimenti Finanziari.

▪ **VALUTE DI DENOMINAZIONE:**

La valuta di denominazione degli investimenti è l'euro. E' ammessa la presenza di investimenti azionari in divisa diversa da euro, per un ammontare marginale rispetto al totale degli investimenti azionari del portafoglio.

Si precisa che è ammessa la possibilità di superare i limiti di esposizione sopra menzionati, per brevi periodi di tempo o per effetto di deroghe approvate e validate dal Comitato di Rischio Finanziario della Compagnia.

Relativamente ai rapporti con le controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 25 del 27/05/2008 (operatività infragruppo), si precisa quanto segue:

- è ammesso l'utilizzo di OICR istituiti, distribuiti e/o gestiti da società del medesimo Gruppo di appartenenza della Compagnia. In tal caso, il rendimento della gestione beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni;
- l'importo massimo di esposizione al Gruppo di appartenenza della Compagnia per operazioni d'investimento, concluse con controparti di Gruppo soggette a vigilanza prudenziale, è fissato di anno in anno nell'ambito della delibera quadro in materia di operatività infragruppo approvata dall'organo amministrativo della Compagnia ai sensi dell'art. 6 del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 25;
- pur in presenza di conflitto d'interessi, la Compagnia opera in modo da non arrecare alcun pregiudizio agli assicurati-contraenti.

Articolo 2 - Certificazione della gestione separata

La gestione del FONDO è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta all'albo di cui al D. Lgs. 24/2/98 n. 58, la quale attesta la rispondenza del FONDO al presente regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al FONDO, il rendimento annuo del FONDO, quale descritto al seguente punto 3 e la adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia sulla base delle riserve matematiche.

Articolo 3 - Determinazione del rendimento della gestione separata

Il tasso di rendimento medio annuo del FONDO per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione del FONDO di competenza di quell'esercizio al valore medio del patrimonio del FONDO stesso.

Per risultato finanziario del FONDO si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio – compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza del FONDO – al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel FONDO e cioè al prezzo di acquisto, per i beni di nuova acquisizione, ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel FONDO, per i beni già di proprietà della Compagnia. Per valore medio del FONDO si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli istituti di

credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività del FONDO.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel FONDO. Il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

La Compagnia provvede alla determinazione dei tassi medi di rendimento relativi ai seguenti periodi annuali:

- 1 gennaio – 31 dicembre;
- 1 febbraio – 31 gennaio dell'anno successivo;
- 1 marzo – 28 febbraio (29 febbraio in caso di anno bisestile) dell'anno successivo;
- 1 aprile – 31 marzo dell'anno successivo;
- 1 maggio – 30 aprile dell'anno successivo;
- 1 giugno – 31 maggio dell'anno successivo;
- 1 luglio – 30 giugno dell'anno successivo;
- 1 agosto – 31 luglio dell'anno successivo;
- 1 settembre – 31 agosto dell'anno successivo;
- 1 ottobre – 30 settembre dell'anno successivo;
- 1 novembre – 31 ottobre dell'anno successivo;
- 1 dicembre – 30 novembre dell'anno successivo.

Il periodo di osservazione per la certificazione del tasso di rendimento medio annuo del FONDO decorre dal 1 ottobre dell'anno precedente e termina il 30 settembre dell'anno di certificazione.

Il rendimento annuale applicato per la rivalutazione delle prestazioni assicurate è quello relativo al periodo di osservazione adottato per la certificazione, salvo quanto previsto e disciplinato dalle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4 - Oneri a carico della gestione separata

Gli unici oneri che gravano sul FONDO sono rappresentati dalle spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività del FONDO stesso.

Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

Articolo 5 - Condizioni di Assicurazione

Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 6 - Modifiche al regolamento della gestione separata

La Compagnia si riserva di apportare modifiche al regolamento derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente, oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per gli assicurati-contraenti.

Articolo 7 - Operazioni straordinarie

La Gestione separata potrà essere oggetto di fusione o scissione con altre gestioni separate costituite dalla Società aventi caratteristiche simili e politiche di investimento omogenee. La fusione o la scissione persegue in ogni caso l'interesse dei contraenti e non comporta oneri aggiuntivi a carico di questi ultimi.

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

Art. 1 - Prestazioni assicurate

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

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

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

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Definizione di infortunio

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

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

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

Art. 3 - Definizione dell'invalidità permanente

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

Art. 4 - Esclusioni e limiti della garanzia

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

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

Art. 5 - Limitazioni della garanzia

Le prestazioni della garanzia complementare sono esplicitamente limitate:

- a) in relazione all'età dell'Assicurato: il contratto deve considerarsi privo di effetto dal giorno in cui l'Assicurato raggiunge il 65° anno di età.
- b) in relazione agli obblighi militari dell'Assicurato: gli effetti del contratto rimangono sospesi, in tempo di guerra, per tutta la durata del servizio alle armi.

- c) in relazione all'accertamento del diritto alle prestazioni: nel verificarsi di eventi che possano rendere operanti le garanzie del contratto, l'adempimento delle prestazioni quivi stabilite è subordinato alla presentazione da parte degli aventi diritto dei documenti, delle testimonianze e delle attestazioni mediche comprovanti l'invalidità permanente o il decesso e che ne chiariscano le circostanze e ne dimostrino le cause.

Art. 6 - Eventuale variazione del capitale assicurato

Se la presente garanzia assicurativa complementare è attivata in abbinamento ad una forma assicurativa a premio annuo rivalutabile, il capitale assicurato con la stessa garanzia complementare ed il corrispondente costo annuo aggiuntivo, vengono incrementati annualmente secondo la stessa misura percentuale applicata per l'incremento del premio della garanzia base.

Se invece l'abbinamento avviene con una forma assicurativa a premi annui costanti, il capitale assicurato con la presente assicurazione complementare ed il corrispondente costo annuo aggiuntivo rimangono costanti per tutta la durata del periodo di pagamento dei premi.

Art. 7 - Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Art. 8 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa nei seguenti casi:

- **sull'assicurazione principale cessa per qualsivoglia motivo la corresponsione dei premi, incluso il caso di esonero pagamento premi a seguito di invalidità permanente ai sensi della Garanzia complementare di cui all'allegato 3 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **l'Assicurato soffre di infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniche depressive e stati di oppressione), oppure al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso delle rate scadute, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.**

Art. 9 - Scioglimento del contratto

La morte dell'Assicurato o l'accertamento della sua invalidità permanente totale ai sensi del precedente art. 3 comportano lo scioglimento del contratto.

Art. 10 - Pagamento dei premi al verificarsi dell'infortunio o delle malattie invalidanti

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

Art. 11 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto dovranno inviare alla Direzione Generale della Società la denuncia dei sinistri che possano rendere operanti le garanzie della presente complementare, mediante lettera raccomandata. In caso di morte l'avviso dovrà essere inviato (salvo casi fortuiti o di forza maggiore) **entro 30 giorni dal decesso. L'Assicurato o gli aventi diritto sono inoltre obbligati, su richiesta della Società, a rendere con verità ed esattezza tutte le dichiarazioni, a fornire tutte le prove e consentire tutti gli accertamenti che dalla Società stessa siano ritenuti necessari per stabilire le cause e gli effetti della**

malattia o delle lesioni fisiche che hanno prodotto l'invalidità permanente oppure la morte dell'Assicurato, tutto ciò sotto pena di perdere il diritto alle prestazioni. L'impiego di documenti o di altri mezzi scientemente falsi, l'uso di raggiri ed artifici e qualsiasi reticenza nella denuncia di un sinistro, allo scopo di esagerarne o mascherarne le cause o di falsarne le conseguenze, comporta di pieno diritto la risoluzione del contratto.

Art. 12 - Riconoscimento dell'invalidità permanente o dell'infortunio

La Società, riconosciuta ai sensi e per gli effetti del presente contratto l'invalidità permanente dell'Assicurato o la causale infortunistica del suo decesso, pagherà il capitale assicurato per la garanzia corrispondente, rispettivamente, all'Assicurato od ai beneficiari in caso morte della polizza vita, dopo accertamento definitivo dell'invalidità permanente o del decesso per infortunio.

Art. 13 - Controversie e Collegio Arbitrale

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

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

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

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

Art. 14- Richiamo alle disposizioni di legge

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

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI (Garanzia attiva se richiamata esplicitamente nel documento contrattuale)

Art. 1 - Prestazioni Assicurate

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

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

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

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Beneficiari e Premi

Per la presente garanzia resta convenuto che:

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

Art. 3 – Esclusioni e limiti della garanzia

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

Art. 4 – Eventuale variazione dal capitale assicurato

Se la presente garanzia assicurativa complementare è attivata in abbinamento ad una forma assicurativa a premio annuo rivalutabile, il capitale assicurato con la stessa garanzia complementare ed il corrispondente costo annuo aggiuntivo, vengono incrementati annualmente secondo la stessa misura percentuale applicata per l'incremento del premio della garanzia base.

Se invece l'abbinamento avviene con una forma assicurativa a premi annui costanti, il capitale assicurato con la presente assicurazione complementare ed il corrispondente costo annuo aggiuntivo rimangono costanti per tutta la durata del periodo di pagamento dei premi.

Art. 5 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa nei seguenti casi:

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

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

Art. 1 - Prestazioni Assicurate

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

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Definizione dell'invalidità permanente

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

Art. 3 - Esclusioni e limitazioni della garanzia

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

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

Art. 4 - Variazione del premio annuo

Se la presente garanzia assicurativa complementare è attivata in abbinamento alla forma assicurativa a premio annuo rivalutabile, il premio annuo della stessa viene incrementato annualmente, secondo la stessa misura percentuale applicata per l'incremento del premio della garanzia base.

Se invece l'abbinamento avviene con la forma assicurativa a premi annui costanti, il premio annuo della garanzia assicurativa complementare rimane costante per tutta la durata del periodo di pagamento dei premi.

Art. 5 - Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Art. 6 - Denuncia dell'invalidità permanente

Verificatasi l'invalidità permanente, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece **deve farne denuncia alla Società** per i necessari accertamenti facendo pervenire alla Società medesima, **a mezzo lettera raccomandata**, la documentazione elencata all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 7 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

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

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

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

Art. 8 - Accertamento dell'invalidità permanente

La Società si impegna ad accertare l'esistenza dell'invalidità permanente entro sei mesi, dal ricevimento della documentazione tutta, richiesta a norma dei precedenti articoli 6 e 7.

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

Art. 9 - Riconoscimento dell'invalidità permanente

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

Art. 10 - Pagamento dei premi al verificarsi dell'invalidità permanente

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

Art. 11 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione complementare si intende rescissa:

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

Art. 12 - Controversie e Collegio Arbitrale

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

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

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

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

Art. 13 - Richiamo alle disposizioni di legge

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

Condizioni di Assicurazione del Set Informativo Mod. 220265 Ed. 12-2019

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 appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



GLOSSARIO

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione): la percentuale del rendimento conseguito della gestione separata degli investimenti che la Società riconosce agli assicurati.

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

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

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

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

Capitale in caso di decesso: prestazione corrisposta al Beneficiario al verificarsi del decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

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

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

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

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

Commissioni di gestione: quota che la Società trattiene dal rendimento finanziario della gestione separata.

Compagnia: vedi "Società".

Composizione della gestione separata: informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

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

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

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

Consolidamento: meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse non possono mai diminuire.

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 versamenti alla Società.

Contratto o polizza (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, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle Polizze di Assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali Polizze caso vita, Polizze caso morte, Polizze miste.

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.

Costo percentuale medio annuo: indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai versamenti ed eventualmente dalle risorse gestite dalla Società, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

Dati storici: risultato ottenuto in termini di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata negli ultimi anni.

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 delle imposte sui redditi secondo la normativa vigente, tutto o parte del premio versato per determinate tipologie di contratti o garanzie assicurative.

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

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

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

Durata contrattuale: periodo intercorrente tra la decorrenza e la scadenza durante il quale il contratto è efficace.

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

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

Estratto conto annuale: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi corrisposti e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti ed il tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

Età o età assicurativa: l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto o l'età dallo stesso raggiunta nel corso della durata contrattuale è calcolata prevedendo che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

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

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

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

Garanzia (o copertura) complementare invalidità permanente: copertura assicurativa che prevede in caso di invalidità permanente dell'Assicurato l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia base.

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

Gestione separata (o speciale): fondo appositamente creato dalla Società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono al netto dei costi, i versamenti corrisposti dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario, a fronte di contratti di assicurazione sulla vita, non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva: imposta applicata alle prestazioni in sostituzione di quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono essere indicati nella dichiarazione dei redditi.

Impresa di assicurazione: vedi "Società".

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

Interessi o diritti di frazionamento: maggiorazione applicata alle rate in cui viene eventualmente suddiviso il premio annuo per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

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

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

ISVAP: vedi IVASS.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'istituzione dell'IVASS, ai sensi del decreto legge 6

luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria.

Key Information Document (KID): documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d'investimento assicurativi, redatto secondo il Regolamento Delegato UE 2017/653.

Liquidazione: pagamento 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 impreveduti, rappresentando una garanzia della stabilità finanziaria delle stesse. Il margine di solvibilità disponibile corrisponde, in linea di massima, al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. Il margine di solvibilità richiesto corrisponde al requisito patrimoniale minimo che l'impresa deve soddisfare, nel rispetto della normativa comunitaria vigente.

Opzione: clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, l'opportunità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita vitalizia oppure, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in soluzione unica.

Opzione da capitale in rendita certa e poi vitalizia: conversione del capitale liquidabile a scadenza o del valore di riscatto in una rendita pagabile periodicamente in modo certo per un numero prefissato di anni e successivamente finché l'assicurato è in vita.

Opzione da capitale in rendita vitalizia: conversione del capitale liquidabile a scadenza o del valore di riscatto in una rendita vitalizia pagabile periodicamente finché l'assicurato è in vita.

Opzione da capitale in rendita vitalizia reversibile: conversione del capitale liquidabile a scadenza o del valore di riscatto in una rendita vitalizia pagabile periodicamente finché l'Assicurato è in vita. Al decesso dell'Assicurato la rendita diviene pagabile in misura totale o parziale a favore di una o più persone designate al momento della conversione, finché questa o queste sono in vita.

Pegno: vedi "cessione".

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

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

Periodo di osservazione: periodo di riferimento in base al quale viene determinato il rendimento finanziario della gestione separata, per calcolare la rivalutazione di una prestazione.

Polizza o simple di polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione. La suddetta prova può anche essere costituita da una lettera di accettazione da parte della Società della Proposta sottoscritta dal Contraente.

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

Polizza con partecipazione agli utili: contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione caratterizzato da vari meccanismi di accrescimento delle prestazioni quali ad esempio la partecipazione al rendimento di una gestione interna separata o agli utili di un conto di gestione.

Polizza rivalutabile: contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui il livello delle prestazioni ed eventualmente quello dei premi varia in base al rendimento che la società ottiene investendo i versamenti raccolti in una particolare gestione finanziaria, separata rispetto al complesso delle attività della Società stessa.

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di premi previsto dal contratto di assicurazione. L'interruzione del pagamento del premio annuo determina, di norma, la riduzione del contratto.

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

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

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

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio annuo complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. 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 a scadenza: pagamento al beneficiario della prestazione assicurata alla scadenza contrattuale, risultante dalla capitalizzazione dei premi corrisposti al netto dei costi e di quanto dovuto per le eventuali garanzie di puro rischio.

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

Prestazione minima garantita: valore minimo della prestazione assicurata sotto il quale la stessa non può scendere.

Prestito: somma che il Contraente se previsto dal contratto può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante appendice da allegare al contratto.

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. Qualora il Contraente sia persona diversa dall'Assicurato, il documento deve essere sottoscritto anche da quest'ultimo.

Prospetto annuale della composizione della gestione separata: riepilogo aggiornato annualmente dei dati sulla composizione degli strumenti finanziari e degli attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

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

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

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

Regolamento della gestione separata: l'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la gestione separata.

Rendiconto annuale della gestione separata: riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata e all'aliquota di retrocessione di tale rendimento attribuita dalla Società al contratto.

Rendimento finanziario: risultato finanziario della gestione separata nel periodo previsto dal regolamento della gestione stessa.

Rendimento minimo garantito: rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere il rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la Società riconosce ai contratti.

Rendimento minimo trattenuto: parte minima del rendimento finanziario della gestione separata che deve rimanere alla Società dopo aver applicato l'aliquota di retrocessione prevista. Qualora applicando l'aliquota di retrocessione prevista la parte di rendimento non risultasse almeno pari a tale valore, verrebbe di fatto applicata un'aliquota inferiore.

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

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

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

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

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.

Riscatto parziale: facoltà del Contraente, se prevista nel contratto, di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta.

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

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. Ovvero il risultato della capitalizzazione dei premi versati, al netto dei caricamenti e della parte destinata alle coperture di puro rischio. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

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

Rivalutazione: maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo le modalità e la periodicità stabilita dalle condizioni contrattuali.

Rivalutazione minima garantita: garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

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

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

Set informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: KID, DIP Aggiuntivo IBIP, condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento del fondo interno per le polizze unit-linked o del regolamento della gestione separata per le polizze rivalutabili, glossario, modulo di proposta.

Simplo di polizza: vedi "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, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

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

Sostituto d'imposta: soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, ad effettuare una ritenuta di imposta, a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

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.

Tasso di riscatto: tasso di interesse annuo utilizzato per scontare la prestazione assicurata o ridotta, per gli anni mancanti al raggiungimento della data in cui essa è esigibile e determinare l'importo del valore di riscatto.

Tasso minimo garantito: rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali (tasso tecnico) oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

Tasso tecnico: rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

Valuta di denominazione: valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Vincolo: vedi "cessione".

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 appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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

ASSICURANDO

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

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

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

Professione: _____

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

CONTRAENTE

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

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

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

Professione: _____

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

Sottogruppo: _____ Ramo Gruppo: _____

BENEFICIARI

In caso di morte: _____

REFERENTE TERZO _____

In caso di mancata indicazione del beneficiario in forma nominativa, in caso di morte dell'Assicurato la Società potrà incontrare al momento del verificarsi dell'evento difficoltà a identificare e a ricercare i soggetti destinatari della prestazione.

Le modifiche o revoche dei beneficiari devono essere comunicate tempestivamente alla Società.

Prodotto: **MENTE SERENA Tutela - Assicurazione a vita intera a premio annuo e capitale rivalutabile** Costante (codice tariffa VC15) Rivalutabile (codice tariffa VR15)

Decorrenza del contratto: ___ / ___ / _____ Numero premi annui: _____

Capitale assicurato: Euro _____

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

Premio lordo: Euro _____ di cui: _____

- Premio netto della garanzia base: Euro _____

- Premio netto delle garanzie complementari: Euro _____

- Imposte: Euro _____

- Diritti di polizza: Euro _____

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, successivamente ed entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di revoca e di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel 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.

La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato, al netto delle spese di emissione (diritti di emissione) di 2,0 Euro specificati in polizza, delle eventuali imposte e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

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

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

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

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

ATTIVITA' PROFESSIONALI

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

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

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

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

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

ATTIVITA' SPORTIVE

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

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

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

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

QUESTIONARIO SANITARIO

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

12) Soffre o ha sofferto di malattie? NO SI

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

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

In caso affermativo precisare:
-quali?.....
-quando?.....

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

In caso affermativo precisare:
-quali, quando, per quale motivo, con quale esito?.....

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

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

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

Indicare il farmaco, e il periodo di assunzione:
.....
.....

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

In caso affermativo precisare:
-quali?.....
-quando?.....

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

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

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

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

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

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

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:
.....

FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) E SCAMBIO AUTOMATICO DI INFORMAZIONI
(legge 18 giugno 2015, n.95)
CRS (COMMON REPORTING STANDARD) E SCAMBIO AUTOMATICO DI INFORMAZIONI
(Direttiva UE n. 107/2014)
INFORMATIVA

Ai sensi della legge 18 giugno 2015, n. 95 e della Direttiva UE n. 107/2014, successive modifiche ed integrazioni, la Società è obbligata a identificare i Contraenti che abbiano obblighi fiscali verso gli Stati Uniti (FATCA) o verso gli Stati aderenti al CRS, oppure che abbiano la residenza fiscale in Stati diversi dall'Italia, inviando comunicazioni periodiche all'Agenzia delle Entrate (FATCA) ed alle Autorità fiscali dei paesi aderenti (CRS) fino all'estinzione degli stessi obblighi.

L'identificazione deve avvenire in occasione dell'emissione della polizza e può essere successivamente reiterata durante tutta la durata del contratto: a tal fine la Società può richiedere specifiche informazioni e/o un'autocertificazione al Contraente, al Beneficiario e, nel caso di persone giuridiche, anche al Rappresentante Legale e al Titolare Effettivo.

Se durante la vigenza del contratto i predetti soggetti acquisiscono obblighi fiscali verso gli Stati Uniti o gli Stati aderenti al CRS, oppure una nuova residenza fiscale in uno Stato diverso dall'Italia, gli stessi soggetti hanno l'obbligo di comunicare il cambiamento per iscritto alla Società entro 60 giorni dell'evento.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

- 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.);**
- 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;**
- anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.**

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

- dichiarano che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve FORMARNE PARTE INTEGRANTE;
- dichiarano che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente proposta sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto; ne assumono la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le loro indicazioni;
- 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.
- 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.

Qualora il Contraente sia persona fisica diversa dall'Assicurato, in caso di suo decesso, nella contraenza della polizza subentra, con i relativi diritti e doveri e compresa la facoltà di revocare la designazione beneficiaria, l'Assicurato stesso. L'Assicurato, se diverso dal Contraente, con la firma della presente, accetta di subentrare nella contraenza della polizza in caso di decesso del Contraente originario.

IL CONTRAENTE

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

L'ASSICURATO

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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

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

Il Contraente dichiara di essere stato compiutamente informato (ai sensi degli articoli 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 essere stato informato in merito ai su menzionati obblighi di legge ed ai corrispondenti adempimenti previsti nel quadro delle procedure FATCA e CRS, se ad esso applicabili.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, gratuitamente, prima della sottoscrizione della seguente proposta, il Key Information Document (KID), il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento (DIP aggiuntivo IBIP), le Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione Separata, il Glossario ed il Modulo di proposta che compongono il presente Set Informativo Mod. 220265 Ed. 12-2019 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: 3 – Durata del contratto; 4 – Prestazioni Assicurate; 5 – Rischio di morte; 6 – Conclusione ed efficacia del contratto; 8 – Diritto di recesso del Contraente; 9 – Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 10 – Clausole di carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica (limiti alla garanzia assicurativa); 11 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; 12 – Premi annui; 13 – Rivalutazione annuale del premio (articolo valido per la sola forma a premio annuo rivalutabile); 15 – Interruzione del pagamento dei premi – Riduzione delle prestazioni; 16 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; 17 - Rivalutazione annuale del capitale; 18 – Riscatto totale; 23 – Pagamenti della Società; 26 – Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 27 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

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

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

L'ACQUISITORE _____

Data di sottoscrizione _____

Modulo di proposta del Set Informativo Mod. 220265 Ed. 12-2019

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 appartenente al Gruppo Groupama iscritta nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI

Groupama