



DIMENSIONE Risparmio

Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili

Capitale differito rivalutabile con controassicurazione a premio annuo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Scheda Sintetica**
- **Nota Informativa**
- **Condizioni di assicurazione comprehensive del Regolamento della Gestione separata ValorePiù**
- **Glossario**
- **Modulo di proposta**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda Sintetica e la Nota Informativa

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

SOCIETÀ DI



SCHEDA SINTETICA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

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

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota Informativa.

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

Groupama Assicurazioni S.p.A. è una Società per Azioni appartenente al gruppo assicurativo francese Groupama.

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2014, il patrimonio netto della Società ammonta a 444,2 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 271,6 milioni di Euro.

Alla stessa data l'indice di solvibilità della gestione vita, corrispondente al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,16.

1.c) Denominazione del contratto

Il contratto in oggetto è denominato "DIMENSIONE Risparmio".

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dall'Impresa e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione separata di attivi.

1.e) Durata

La durata del contratto può essere fissata in misura compresa tra un minimo di 5 ed un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato:

- non sia inferiore a 18 anni e non ecceda i 75 anni (60 anni in presenza di coperture complementari) alla data di decorrenza del contratto;
- non ecceda gli 85 anni (65 anni in presenza di coperture complementari) nel corso della durata del contratto.

E' possibile esercitare il diritto di riscatto, risolvendo anticipatamente il contratto, dopo il pagamento di almeno tre annualità - se la durata del contratto è superiore a cinque anni - o di almeno due annualità di premio - se la durata del contratto è pari a cinque anni.

1.f) Pagamento dei premi

A fronte delle prestazioni assicurate sono dovuti dei premi annui per l'intera durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato.

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 premio annuo può essere corrisposto anche in rate frazionate, previa applicazione di un'addizionale di frazionamento.

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

2. Caratteristiche del contratto

Il presente contratto si propone di soddisfare esigenze di risparmio nel medio - lungo periodo, presentando un profilo di rischio contenuto e fornendo un livello minimo di copertura per il caso di decesso dell'Assicurato. Le prestazioni assicurate possono essere ampliate mediante coperture complementari abbinabili all'assicurazione principale.

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 alla scadenza.

Per una migliore comprensione del meccanismo di partecipazione agli utili, si rimanda al Progetto Esemplificativo contenente lo sviluppo delle prestazioni, dei valori di riduzione e di riscatto, di cui alla sezione E della Nota Informativa.

L'Impresa è tenuta a consegnare al Contraente il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazioni in caso di vita

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato iniziale indicato sul simbolo di polizza maggiorato delle rivalutazioni riconosciute.

b) Prestazioni in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, di un importo pari al premio di primo anno della garanzia base, al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento, moltiplicato per il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni) e per il rapporto tra il capitale assicurato, quale risulta rivalutato all'anniversario della data di decorrenza che precede la data del decesso, ed il capitale assicurato iniziale.

c) Coperture complementari (solo se espressamente richiamate nel contratto)

c.1) Copertura complementare infortuni

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

c.2) Copertura complementare di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato, prima della scadenza del contratto, 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

d) Opzioni contrattuali

d.1) Opzione di conversione del capitale in rendita

È data facoltà al Contraente, previa specifica richiesta pervenuta alla Società 30 giorni prima della scadenza del contratto e purché l'Assicurato sia in vita a tale data, di chiedere che il capitale

assicurato in caso di sopravvivenza 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.

d. 2) Differimento del pagamento del capitale alla scadenza

Previa specifica richiesta pervenuta alla Società 30 giorni prima della data fissata per la scadenza originaria del contratto ed a condizione che l'Assicurato sia in vita, è possibile chiedere che la liquidazione del capitale pagabile alla predetta scadenza venga differita di anno in anno, senza corresponsione di ulteriori premi.

Le rivalutazioni annualmente attribuite al contratto sono determinate in funzione del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata ValorePiù, nella misura e con le modalità descritte in Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, e non possono in alcun caso essere negative.

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.

E' possibile esercitare il diritto di riscatto, risolvendo anticipatamente il contratto, dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio - se la durata del contratto è superiore a cinque anni - o di almeno due annualità di premio - se la durata del contratto è pari a cinque anni.

La richiesta di riscatto può comportare, per il Contraente, il rischio di ottenere un valore inferiore ai premi corrisposti.

In caso di sospensione dei premi, prima che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità (due 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.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla sezione B.

In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli artt. 2, 4, 9, 10 e 11 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Costi

L'impresa, al fine di svolgere l'attività di collocamento, di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota Informativa alla sezione C.

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla gestione separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto, viene di seguito riportato l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo", che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di un'analogia operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa, in quanto calcolato su parametri prefissati.

Il Costo percentuale medio annuo (CPMA) è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi delle coperture complementari.

Il "Costo percentuale medio annuo" in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Gestione Separata "ValorePiù"

Forma a premio annuo costante

Ipotesi adottate

Premio annuo: 1.500 Euro

Sesso: indifferente – Età: 45 anni

Tasso di rendimento degli attivi: 3,0%

Durata: 10 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	6,73%
10	2,36%

Durata: 15 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	10,20%
10	4,29%
15	2,00%

Durata: 20 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	13,68%
10	6,28%
15	3,35%
20	1,78%

Forma a premio annuo rivalutabile

Ipotesi adottate

Premio annuo: 1.500 Euro

Sesso: indifferente – Età: 45 anni

Tasso di rendimento degli attivi: 3,0%

Durata: 10 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	6,79%
10	2,39%

Durata: 15 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	10,30%
10	4,37%
15	2,03%

Durata: 20 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	13,82%
10	6,41%
15	3,43%
20	1,81%

5. Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla Gestione Separata ValorePiù negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla Gestione Separata ValorePiù	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati (*)	Rendimento medio dei titoli di Stato ^(*)	Inflazione
2010	4,05%	2,85%	3,35%	1,55%
2011	4,05%	2,85%	4,89%	2,73%
2012	3,73%	2,53%	4,64%	2,97%
2013	4,05%	2,85%	3,35%	1,17%
2014	3,96%	2,76%	2,08%	0,21% (**)

(*) I dati si intendono al lordo delle imposte.

(**) Il valore del tasso di inflazione relativo all'anno 2014 è calcolato come media degli indici mensili.

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

6. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda Sintetica.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Il Rappresentante Legale

Dominique Uzel



*Dati aggiornati al 15 Dicembre 2015
Scheda sintetica del Fascicolo Informativo Mod. 220262 Ed. 12-2015*

NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto può essere fissata in misura compresa tra un minimo di 5 ed un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato:

- non sia inferiore a 18 anni e non ecceda i 75 anni (60 anni in presenza di coperture complementari) alla data di decorrenza del contratto;
- non ecceda gli 85 anni (65 anni in presenza di coperture complementari) nel corso della durata del contratto.

PRESTAZIONI PRINCIPALI

▪ Prestazioni in caso di vita

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato iniziale indicato sul simbolo di polizza maggiorato delle rivalutazioni riconosciute.

▪ Prestazioni in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, di un importo pari al premio di primo anno della garanzia base, al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento, moltiplicato per il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni) e per il rapporto tra il capitale assicurato, quale risulta rivalutato all'anniversario della data di decorrenza che precede la data del decesso, ed il capitale assicurato iniziale.

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

PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

▪ **Garanzia complementare infortuni (solo se espressamente richiamata nel contratto)**

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

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda agli artt. 1, 2 e 3 dell'Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione.

▪ **Garanzia complementare diesonero pagamento premi in caso di invalidità permanente (solo se espressamente richiamata nel contratto)**

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato, prima della scadenza del contratto, 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

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni assicurate si rimanda agli artt. 1 e 2 dell'Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione.

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

E' possibile, entro determinati importi di capitale ed entro certi limiti di età, limitarsi alla compilazione di un questionario anamnestico; tuttavia, **in tal caso l'efficacia delle garanzie risulta sospesa per un certo periodo di tempo e per alcune patologie, secondo quanto previsto dagli artt. 4, 5 e 7 dell'Allegato 1 e dagli artt. 3, 4 e 5 dell'Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione. Inoltre, anche qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli esami clinici richiesti dalla Società, trovano applicazione le limitazioni di cui ai rispettivi artt. 6 degli Allegati 1 e 2 alle Condizioni di Assicurazione.**

La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica anche nei casi in cui questa non è normalmente richiesta dalla Società.

E' inoltre necessario fornire informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stato di fumatore/non fumatore, lo stile e le abitudini di vita.

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

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

Una parte del premio corrisposto viene utilizzata dall'impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità, di invalidità, ecc); conseguentemente, il capitale liquidabile alla scadenza del contratto, è il risultato della capitalizzazione dei premi versati, al netto dei costi e delle parti di premio relative ai rischi demografici.

Le rivalutazioni annualmente attribuite al contratto sono determinate in funzione del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata ValorePiù, nella misura e con le modalità descritte in Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione, e non possono in alcun caso essere negative.

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.

3. Premi

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo per l'intera durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. L'importo del premio è determinato in funzione del numero e dell'entità delle garanzie prestate, della durata del contratto, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute e delle attività professionali e sportive svolte.

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. Per maggiori dettagli in merito alle modalità di rivalutazione dei premi e agli effetti del rifiuto della rivalutazione degli stessi, si rimanda agli articoli 10 e 11 delle Condizioni di Assicurazione.

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 o trimestrali), previa applicazione di un'addizionale di frazionamento, specificata al successivo art. 5.1.1.

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 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. 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.

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 riportare sul retro del simbolo 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.

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

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto successiva alla data di decorrenza, il capitale assicurato viene rivalutato secondo le modalità descritte all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione, in base al rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata ValorePiù, al netto delle commissioni annue di gestione

La Gestione Separata ValorePiù è disciplinata da apposito Regolamento che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Gli effetti della rivalutazione delle prestazioni sono evidenziati nel Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E, riportante lo sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate, dei valori di

riduzione e di riscatto, con l'avvertenza che i valori esposti derivano da un'ipotesi esemplificativa dei risultati futuri della Gestione Separata ValorePiù e che gli stessi non tengono conto delle conseguenze derivanti dall'inflazione.

La Società si impegna a consegnare al Contraente il progetto esemplificativo redatto in forma personalizzata, al più tardi al momento in cui è informato che il contratto è concluso.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	2,00 Euro	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Interessi per il frazionamento del premio annuo	2,0% su ogni premio annuo al netto dei diritti, in caso di rate semestrali, 2,5% se quadriennali, 3,0% se trimestrali	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Variabile in funzione della durata del contratto, secondo la seguente tabella A	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento

Tabella A – Misura del caricamento prelevato su ogni rata di premio, al netto dei diritti e degli interessi di frazionamento, al variare della durata del contratto.

Durata in anni	Caricamento	Durata in anni	Caricamento	Durata in anni	Caricamento
5	6,00%	11	6,50%	17	7,25%
6	6,00%	12	6,75%	18	7,25%
7	6,25%	13	6,75%	19	7,50%
8	6,25%	14	6,75%	20	7,50%
9	6,50%	15	7,00%		
10	6,50%	16	7,00%		

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

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

Se l'importo del capitale assicurato non supera i 650.000,00 Euro, il rapporto di visita medica può essere redatto dal medico di base dell'Assicurato, altresì noto come medico di famiglia, sempre utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Compagnia.

5.1.2 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 contratto è pari a cinque anni). Il valore di riscatto si ottiene scontando il capitale ridotto, per il periodo di tempo che intercorre tra la data della richiesta di riscatto e quella di scadenza del contratto. Il tasso utilizzato per l'operazione di attualizzazione composta è pari al 2,00% annuo, nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, aumentato al 2,50% nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque.

Nelle tabelle che seguono, è rappresentata, in funzione della durata residua espressa in anni interi rispetto alla durata del contratto, la percentuale di riduzione delle prestazioni per effetto della sola penale di riscatto.

Tabella B e C

N.ro di anni intercorrenti tra la richiesta di riscatto e la scadenza del contratto	Durata del contratto							
	20	19	18	17	16	15	14	13
17	34,28%							
16	32,64%	32,64%						
15	25,70%	30,95%	30,95%					
14	24,21%	24,21%	29,23%	29,23%				
13	22,70%	22,70%	22,70%	27,46%	27,46%			
12	21,15%	21,15%	21,15%	21,15%	25,64%	25,64%		
11	19,57%	19,57%	19,57%	19,57%	19,57%	23,79%	23,79%	
10	17,97%	17,97%	17,97%	17,97%	17,97%	17,97%	21,88%	21,88%
9	16,32%	16,32%	16,32%	16,32%	16,32%	16,32%	16,32%	19,93%
8	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%	14,65%
7	12,94%	12,94%	12,94%	12,94%	12,94%	12,94%	12,94%	12,94%
6	11,20%	11,20%	11,20%	11,20%	11,20%	11,20%	11,20%	11,20%
5	9,43%	9,43%	9,43%	9,43%	9,43%	9,43%	9,43%	9,43%
4	7,62%	7,62%	7,62%	7,62%	7,62%	7,62%	7,62%	7,62%
3	5,77%	5,77%	5,77%	5,77%	5,77%	5,77%	5,77%	5,77%
2	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%
1	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%

N.ro di anni intercorrenti tra la richiesta di riscatto e la scadenza del contratto	Durata del contratto							
	12	11	10	9	8	7	6	5
9	19,93%							
8	17,93%	17,93%						
7	15,87%	15,87%	15,87%					
6	13,77%	13,77%	13,77%	13,77%				
5	9,43%	11,61%	11,61%	11,61%	11,61%			
4	7,62%	7,62%	9,40%	9,40%	9,40%	9,40%		
3	5,77%	5,77%	5,77%	7,14%	7,14%	7,14%	7,14%	7,14%
2	3,88%	3,88%	3,88%	3,88%	4,82%	4,82%	4,82%	4,82%
1	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	1,96%	2,44%	2,44%	2,44%

Le percentuali indicate nelle tabelle sopra riportate, applicate al capitale ridotto alla data della richiesta di riscatto, in funzione degli anni mancanti alla scadenza originaria del contratto, forniscono i costi effettivamente derivanti dalla sola penale di riscatto.

5.2 Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Le prestazioni assicurate vengono annualmente rivalutate in base al rendimento finanziario della Gestione Separata ValorePiù, al netto delle commissioni annue di gestione indicate nella seguente tabella e determinate in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione Separata e degli anni interamente trascorsi dalla decorrenza del contratto:

Tabella D

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)

* * *

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 33%.

6. Sconti

Il presente contratto non prevede sconti.

7. Regime fiscale

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

Imposta sui premi

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte ad eccezione della quota di premio relativa alla garanzia complementare infortuni; per tale componente l'imposta è pari al 2,5%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

Tassazione delle prestazioni

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 illustrare 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.

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:

- 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.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento del contratto e di determinazione della decorrenza delle coperture assicurative sono dettagliatamente illustrate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

E' facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi e risolvere il contratto con i seguenti effetti:

- **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 di durata 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 di durata pari a cinque anni.

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 fino alla scadenza, secondo le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

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.

Il capitale ridotto può essere riscattato alle condizioni descritte nelle Condizioni di Assicurazione. Si rinvia agli art. 12 e 13 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Riscatto e riduzione

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 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.**

Le modalità di determinazione dei valori di riduzione e di riscatto del contratto sono descritte rispettivamente agli artt. 12 e 14 delle Condizioni di Assicurazione.

I costi applicati per il riscatto del contratto sono riportati al precedente art. 5.1.2.

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.

Entro ventiquattro mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione; per le modalità, i termini e le condizioni economiche si rimanda all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la quantificazione dei valori di riduzione e di riscatto del contratto è possibile rivolgersi a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Liquidazioni Vita Individuali, Viale Cesare Pavese, 385, 00144 Roma – telefono 06 3018.1, fax 06 80.210.772 – 06 80.210.773, e-mail Vita_Liquidazioni@groupama.it.

Il progetto esemplificativo, riportato nella Sezione E della presente Nota Informativa, illustra in via puramente indicativa l'evoluzione dei valori di riduzione e di riscatto del contratto, fermo restando che i valori corrispondenti alle caratteristiche richieste dal Contraente saranno contenuti nel Progetto personalizzato.

11. Revoca della proposta

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

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

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

12. Diritto di recesso

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385, 00144 Roma.
- la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 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 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 indicati al precedente art. 5.1.1, e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

13. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Il Contraente o il/i Beneficiario/i sono tenuti a presentare alla Società, per ogni ipotesi di liquidazione da parte della stessa, la documentazione di cui all'art. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la succitata documentazione, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo ed individuati gli aventi diritto alla liquidazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali nel termine di trenta giorni dall'avvenuta conoscenza dell'evento nonché dalla ricezione della documentazione, di cui al precedente comma, che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso il suddetto termine, la Società riconosce agli aventi diritto, a partire dallo stesso, i dovuti interessi moratori.

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

14. Legge applicabile al contratto

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

Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Diritto proprio del Beneficiario

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

15. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Viale Cesare Pavese n°385 - 00144 Roma - fax: 06 80.210.979 - E-mail: reclami@groupama.it.

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

17. Informativa in corso di contratto

Entro sessanta giorni dalla data prevista per la rivalutazione delle prestazioni, ossia entro sessanta giorni da ogni ricorrenza annuale del contratto, la Società invierà al Contraente l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, con l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura della rivalutazione.

Sul sito www.groupama.it è disponibile un'Area Clienti riservata dove è possibile consultare la propria posizione assicurativa. Per garantire una consultazione sicura, le credenziali d'accesso verranno rilasciate solo su specifica richiesta.

Per ottenerle, è necessario effettuare la registrazione all'area riservata, accessibile dalla home page del sito della Società, e seguire le istruzioni riportate.

Alla conclusione del processo verranno fornite le credenziali per la consultazione dell'area riservata.

18. Conflitto di interessi

La Società si impegna a:

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

La Società ha, in particolare, definito quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte quelle situazioni che implicano rapporti con le altre società del Gruppo francese Groupama o con le quali la Società intrattiene rapporti di affari rilevanti.

Si descrivono di seguito le principali fattispecie individuate quali fattori di potenziale conflitto di interessi.

Groupama Asset Management SGR S.p.A., facente parte del medesimo Gruppo francese Groupama, è il gestore finanziario degli attivi che compongono le gestioni separate ed i fondi interni di tipo unit linked cui sono collegate le prestazioni dei prodotti distribuiti dalla Società.

Le commissioni di gestione corrisposte alla SGR, la cui entità è in linea con le condizioni praticate sul mercato, sono interamente a carico della Società.

Nell'ambito della gestione finanziaria del portafoglio titoli è previsto l'utilizzo di OICR promossi e/o gestiti da Società del Gruppo; le eventuali commissioni applicate in capo all'OICR sono riconosciute a titolo di retrocessione a favore della gestione separata o del fondo interno interessato.

Al fine di evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi, la Società effettua il monitoraggio periodico dei costi inerenti detti strumenti finanziari, con particolare riferimento alle commissioni gravanti sugli OICR.

In ogni caso la Società si impegna:

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

Si rinvia al rendiconto annuale della Gestione Separata per la quantificazione delle utilità ricevute e retrocesse agli Assicurati; sul medesimo rendiconto è indicato il valore monetario delle utilità rappresentate da servizi.

E. PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, periodicità di versamenti ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione e riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) un'ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 3%. Al predetto tasso di rendimento, si applicano le commissioni annue di gestione previste dal contratto, così come indicate all'art. 5.2.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che l'impresa è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle Condizioni di Assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'IVASS sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'impresa. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCATTO IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

(esemplificazione valida sia per la forma a premio annuo costante, che rivalutabile)

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,0% annuo, sotto forma di tasso tecnico
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 15 anni
- Sesso dell'Assicurato: indifferente
- Importo del premio annuo: 1.500 Euro
- Frazionamento del premio: annuale

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza
1	1.500,00	1.500,00	20.860,60	1.498,00	-	-	-
2	1.500,00	3.000,00	20.860,60	2.996,00	-	-	-
3	1.500,00	4.500,00	20.860,60	4.494,00	3.102,20	4.172,12	4.172,12
4	1.500,00	6.000,00	20.860,60	5.992,00	4.239,68	5.562,83	5.562,83
5	1.500,00	7.500,00	20.860,60	7.490,00	5.704,32	6.953,53	6.953,53
6	1.500,00	9.000,00	20.860,60	8.988,00	6.982,09	8.344,24	8.344,24
7	1.500,00	10.500,00	20.860,60	10.486,00	8.308,68	9.734,95	9.734,95
8	1.500,00	12.000,00	20.860,60	11.984,00	9.685,55	11.125,65	11.125,65
9	1.500,00	13.500,00	20.860,60	13.482,00	11.114,17	12.516,36	12.516,36
10	1.500,00	15.000,00	20.860,60	14.980,00	12.596,06	13.907,07	13.907,07
11	1.500,00	16.500,00	20.860,60	16.478,00	14.132,78	15.297,77	15.297,77
12	1.500,00	18.000,00	20.860,60	17.976,00	15.725,93	16.688,48	16.688,48
13	1.500,00	19.500,00	20.860,60	19.474,00	17.377,15	18.079,19	18.079,19
14	1.500,00	21.000,00	20.860,60	20.972,00	19.088,13	19.469,89	19.469,89
15	1.500,00	22.500,00	20.860,60	22.470,00	20.860,60	20.860,60	20.860,60

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica.

Come si evince dalla tabella, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, non potrà avvenire il recupero dei premi versati.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

(esemplificazione relativa alla forma a premio annuo costante)

- Tasso di rendimento finanziario: 3,0%
- Prelievi sul rendimento finanziario (commissione annua di gestione):
 - 1,20% fino al termine dell'8° anno
 - 1,10% dal 9° anno
- Aliquota di retrocessione:
 - 60,00% fino al termine dell'8° anno
 - 63,33% dal 9° anno
- Tasso di rendimento retrocesso:
 - 1,80% fino al termine dell'8° anno
 - 1,90% dal 9° anno
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 15 anni
- Sesso dell'Assicurato: indifferente
- Importo del premio annuo: 1.500 Euro
- Frazionamento del premio: annuale

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza
1	1.500,00	1.500,00	20.885,63	1.499,80	-	-	-
2	1.500,00	3.000,00	20.936,15	3.006,85	-	-	-
3	1.500,00	4.500,00	21.012,61	4.526,75	3.215,23	4.324,13	5.393,33
4	1.500,00	6.000,00	21.115,47	6.065,21	4.433,93	5.817,70	7.127,90
5	1.500,00	7.500,00	21.245,23	7.628,10	6.019,85	7.338,16	8.831,81
6	1.500,00	9.000,00	21.402,34	9.221,42	7.435,39	8.885,98	10.505,59
7	1.500,00	10.500,00	21.587,33	10.851,30	8.928,94	10.461,67	12.149,77
8	1.500,00	12.000,00	21.800,67	12.524,05	10.503,94	12.065,72	13.764,88
9	1.500,00	13.500,00	22.056,34	14.254,80	12.175,95	13.712,10	15.351,44
10	1.500,00	15.000,00	22.343,29	16.044,72	13.938,98	15.389,76	16.908,41
11	1.500,00	16.500,00	22.662,12	17.901,04	15.797,11	17.099,30	18.436,35
12	1.500,00	18.000,00	23.013,43	19.831,14	17.754,59	18.841,31	19.935,80
13	1.500,00	19.500,00	23.397,84	21.842,59	19.815,87	20.616,43	21.407,29
14	1.500,00	21.000,00	23.815,98	23.943,16	21.985,56	22.425,27	22.851,35
15	1.500,00	22.500,00	24.268,48	26.140,80	24.268,48	24.268,48	24.268,48

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

(esemplificazione relativa alla forma a premio annuo rivalutabile)

- Tasso di rendimento finanziario: 3,0%
- Prelievi sul rendimento finanziario (commissione annua di gestione):
 - 1,20% fino al termine dell'8° anno
 - 1,10% dal 9° anno
- Aliquota di retrocessione:
 - 60,00% fino al termine dell'8° anno
 - 63,33% dal 9° anno
- Tasso di rendimento retrocesso:
 - 1,80% fino al termine dell'8° anno
 - 1,90% dal 9° anno
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 15 anni
- Sesso dell'Assicurato: indifferente
- Importo del premio annuo: 1.500 Euro
- Frazionamento del premio: annuale

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza
1	1.500,00	1.500,00	21.236,09	1.524,96	-	-	-
2	1.526,96	3.026,96	21.618,34	3.104,83	-	-	-
3	1.554,41	4.581,38	22.007,47	4.741,07	3.272,76	4.401,49	5.489,82
4	1.582,36	6.163,73	22.403,61	6.435,21	4.553,28	5.974,29	7.319,76
5	1.610,80	7.774,54	22.806,87	8.188,81	6.236,53	7.602,29	9.149,70
6	1.639,76	9.414,30	23.217,39	10.003,45	7.770,91	9.286,96	10.979,65
7	1.669,24	11.083,54	23.635,31	11.880,76	9.413,84	11.029,81	12.809,59
8	1.699,25	12.782,79	24.060,74	13.822,42	11.171,37	12.832,40	14.639,53
9	1.731,50	14.514,29	24.517,90	15.845,67	13.062,71	14.710,74	16.469,47
10	1.764,36	16.278,65	24.983,74	17.940,82	15.085,69	16.655,82	18.299,41
11	1.797,84	18.076,50	25.458,43	20.109,87	17.247,74	18.669,51	20.129,35
12	1.831,97	19.908,46	25.942,14	22.354,86	19.556,68	20.753,71	21.959,29
13	1.866,74	21.775,20	26.435,04	24.677,91	22.020,73	22.910,37	23.789,23
14	1.902,17	23.677,36	26.937,30	27.081,15	24.648,51	25.141,48	25.619,17
15	1.938,27	25.615,63	27.449,11	29.566,82	27.449,11	27.449,11	27.449,11

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali.

* * *

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

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



Dati aggiornati al 15 Dicembre 2015
 Nota Informativa del Fascicolo Informativo Mod. 220262 Ed. 12-2015

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.

Art. 1 - Obblighi della Società

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

Art. 2 - Prestazioni Assicurate - Durata del contratto

Prestazioni della garanzia base

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto, è previsto il pagamento, in favore dei Beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato iniziale maggiorato delle rivalutazioni riconosciute.

L'importo del capitale assicurato iniziale è il valore del capitale assicurato indicato nel simbolo di polizza. Il capitale assicurato iniziale, derivante dai premi corrisposti, viene annualmente rivalutato in base a quanto previsto al successivo art. 9.

Alla scadenza del contratto, in alternativa alla liquidazione del capitale assicurato rivalutato, può essere scelta una delle opzioni previste ai successivi artt. 16 e 17.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento, in favore dei Beneficiari designati in polizza dal Contraente, di un importo pari al premio annuo netto iniziale dell'assicurazione principale, moltiplicato per il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e per il rapporto tra il capitale assicurato, quale risulta rivalutato all'anniversario della data di decorrenza che precede la data del decesso, ed il capitale assicurato iniziale. Il premio annuo netto iniziale è il premio di primo anno della garanzia base, al netto dei diritti e degli interessi di frazionamento.

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

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

Le condizioni regolanti il riconoscimento del decesso a seguito di infortunio, di infortunio automobilistico o 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 di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente dell'Assicurato (garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata nel contratto)

In caso di invalidità permanente dell'Assicurato **prima della scadenza del contratto, 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 2 "Condizioni della garanzia complementare di esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente", facente parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Durata del contratto

La durata del contratto può essere fissata in misura compresa tra un minimo di 5 ed un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato:

- non sia inferiore a 18 anni e non ecceda i 75 anni (60 anni in presenza di coperture complementari) alla data di decorrenza del contratto;
- non ecceda gli 85 anni (65 anni in presenza di coperture complementari) nel corso della durata del contratto.

Art. 3 - Conclusione ed efficacia del contratto

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

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

oppure

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

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

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

Art. 4 - Rischio di morte

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

Art. 5 - 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 tacita 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 modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente, che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

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

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o da soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti, per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Società è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). 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.

Art. 6 - 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. 7 - Diritto di recesso del Contraente

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - **a mezzo lettera raccomandata A.R.** – la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.
- la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata **entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24:00 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 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.

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

Art. 8 - Premi annui

A fronte delle prestazioni assicurate sono dovuti dei premi annui per l'intera durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato.

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 o trimestrali), previa **applicazione di un'addizionale di frazionamento, pari al 2,0% per il frazionamento semestrale, al 2,5% per il quadrimestrale e al 3,0% per il trimestrale.**

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

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

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

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 della durata del contratto, secondo la seguente tabella.

Durata in anni	Caricamento	Durata in anni	Caricamento	Durata in anni	Caricamento
5	6,00%	11	6,50%	17	7,25%
6	6,00%	12	6,75%	18	7,25%
7	6,25%	13	6,75%	19	7,50%
8	6,25%	14	6,75%	20	7,50%
9	6,50%	15	7,00%		
10	6,50%	16	7,00%		

Art. 9 - Rivalutazione annuale del capitale

I premi corrisposti, al netto dei diritti, degli interessi di frazionamento e dei costi di caricamento illustrati al precedente art. 8, 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.**

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 premi annui costanti:** 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 contratto, 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.
- Forma a premi annui rivalutabili: 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 capitale a scadenza in rendita vitalizia o di differimento della liquidazione del capitale a scadenza, 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. 10 - 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 e alla durata contrattuale fissati alla decorrenza, viene aumentato nella stessa misura di rivalutazione applicata al capitale assicurato ai sensi del precedente art. 9.

Art. 11 - 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 riducendo il prodotto nel rapporto fra il numero degli anni trascorsi dalla decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata contrattuale;
- 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. 12 - 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 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, pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, si determina nel modo seguente.

- **Forma a premi annui costanti:** il capitale assicurato ridotto è pari al capitale assicurato iniziale moltiplicato per il rapporto tra il numero dei premi versati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi contrattualmente previsti, incrementato della differenza tra il capitale assicurato rivalutato alla data di scadenza della prima rata insoluta ed il capitale assicurato iniziale.
- **Forma a premi annui rivalutabili:** il capitale assicurato ridotto è pari al capitale assicurato rivalutato alla data di scadenza della prima rata insoluta, moltiplicato per il rapporto tra il numero dei premi versati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi contrattualmente previsti.

In caso di premorienza dell'Assicurato, verrà corrisposto un importo pari a quello che si sarebbe liquidato qualora il decesso si fosse verificato al momento dell'interruzione del premio.

Il capitale assicurato ridotto e l'importo liquidabile in caso di morte vengono rivalutati, ad ogni successiva ricorrenza annuale del contratto, nella misura stabilita al precedente art. 9.

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. 13 - 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.

Art. 14 - Riscatto totale

A condizione che siano state interamente corrisposte le prime tre annualità di premio, ovvero due annualità se la durata del contratto è 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 si ottiene **scontando il capitale ridotto, per il periodo di tempo che intercorre tra la data della richiesta di riscatto e quella di scadenza del contratto. Il tasso utilizzato per l'operazione di attualizzazione composta è pari al 2,00% annuo, nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, aumentato al 2,50%, nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque.**

Il capitale assicurato non può essere riscattato in misura parziale.

Art. 15 - Prestiti

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. 16 - Conversione del capitale assicurato a scadenza in rendita vitalizia

È data facoltà al Contraente, previa specifica richiesta pervenuta alla Società 30 giorni prima della scadenza del contratto e purché l'Assicurato sia in vita a tale data, di chiedere che il capitale assicurato in caso di sopravvivenza 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.

Art. 17 - Differimento del pagamento del capitale alla scadenza

Il Contraente, entro il termine di 30 giorni prima della data fissata per la scadenza originaria del contratto ed a condizione che l'Assicurato sia in vita a tale data, può chiedere che la liquidazione del capitale pagabile alla predetta scadenza, come determinato secondo quanto di seguito stabilito con l'emissione della prevista appendice, venga differita di anno in anno, senza corresponsione di ulteriori premi.

Le condizioni contrattuali che regoleranno il contratto durante il differimento, comprese la misura e la modalità di rivalutazione delle prestazioni assicurate, saranno contenute nell'appendice di opzione che verrà sottoposta alla sottoscrizione del Contraente.

Nel corso del periodo di differimento decadono, e devono intendersi estinte, la prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato e le prestazioni delle garanzie complementari eventualmente attivate alla sottoscrizione.

Art. 18 - Cessione, pegno, vincoli, beneficiari

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

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

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

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società o contenute in un testamento valido.

Art. 19 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società, debbono essere preventivamente consegnati alla stessa, unitamente all'originale di polizza (ed eventuali appendici), i documenti elencati di seguito. In caso di smarrimento degli originali di polizza, l'avente diritto dovrà fornire apposita dichiarazione.

In caso di scadenza:

- richiesta sottoscritta dal/dagli aventi diritto (e dal creditore o dal vincolatario in caso di pegno o vincolo), completa di copia di un regolare documento d'identità;
- certificato di esistenza in vita (o relativa autocertificazione) dell'Assicurato, se persona diversa dall'avente diritto;
- originali dei documenti contrattuali.

In caso di riscatto del contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente (e dal creditore o dal vincolatario in caso di pegno o vincolo), completa di copia di un regolare documento d'identità;
- originali dei documenti contrattuali .

In caso di morte:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- 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, 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.

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 contenere, per ciascun Beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

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

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.

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

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

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato presso la competente Agenzia della Società, ovvero mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

Art. 20 - Duplicato di polizza

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

Art. 21 - Tasse e imposte

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

Art. 22 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio

Qualora la Società, con riferimento al contratto in via di sottoscrizione o a qualsiasi successiva operazione ad esso connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione al Contraente di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dello stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

Art. 23 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

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

Art. 24 - Foro Competente

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 "VALOREPIÙ"

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 "VALOREPIÙ" 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.

Assicurazioni

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 similari 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.

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione

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 **prima della scadenza del contratto**, 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.

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 constabili, 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 di garanzia

Il rischio di morte e di invalidità permanente è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali. **Sono esclusi dalla garanzia assicurativa il decesso e l'invalidità totale e permanente causati 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, a fronte del decesso dell'Assicurato, la Società paga il solo importo liquidabile in caso di morte ai sensi della garanzia base, senza la corresponsione di alcun capitale aggiuntivo, mentre nessuna prestazione sarà riconosciuta in caso di invalidità permanente totale.

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

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

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 l'Assicurato divenga invalido in modo permanente e totale, ai sensi del precedente art. 3, entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza e la polizza stessa sia in regola con il pagamento dei premi, il capitale assicurato con la presente garanzia non verrà corrisposto.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza, purché si sottponga 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 l'invalidità permanente sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, tetano, differite, 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 l'invalidità permanente.

Rimane inoltre convenuto che qualora l'Assicurato divenga invalido in modo permanente e totale, ai sensi del precedente art. 3, entro i primi 5 anni dalla conclusione della polizza e l'invalidità permanente sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non verrà pagato.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, producendo gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio di invalidità permanente 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 qualora l'Assicurato divenga invalido in modo permanente e totale, ai sensi del precedente art. 3, entro i primi 7 anni dalla conclusione della polizza e l'invalidità permanente

sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Art. 7 - Limitazioni di 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 qui 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. 8 - 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 contrattuale.

Art. 9 - 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 tacita 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. 10 - 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 2 delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurato soffre di infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniache 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. 11 - 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. 12 - 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. 13 - 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 artifizi 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. 14 - 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. 15 - 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. 16 - 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.

Allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione

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 **prima della scadenza del contratto**, 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 di 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 ai successivi artt. 4, 5 e 6.

Art. 4 - Rischio di invalidità permanente

Il rischio di invalidità permanente è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali. Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità permanente che si verifichino dopo il 65° anno di età dell'Assicurato e di tutti i casi di invalidità permanente causati 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 il Contraente non sarà esonerato dall'ulteriore pagamento dei premi relativi alla garanzia base.

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

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

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 l'Assicurato divenga invalido, ai sensi del precedente art. 2, entro i primi sei mesi dalla conclusione della polizza e la polizza stessa sia in regola con il pagamento dei premi, il Contraente non sarà esonerato dall'ulteriore pagamento dei premi relativi alla garanzia base.**

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza, purché si sottponga 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 l'invalidità permanente 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 constabili, che abbiano come conseguenza l'invalidità permanente.

Rimane inoltre convenuto che, qualora l'Assicurato divenga invalido in modo permanente ai sensi del precedente art. 2, entro i primi 5 anni dalla conclusione della polizza e l'invalidità permanente sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Contraente non sarà esonerato dall'ulteriore pagamento dei premi relativi alla garanzia base.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, producendo gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio di invalidità permanente 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, **qualora l'Assicurato divenga invalido in modo permanente ai sensi del precedente art. 2, entro i primi 7 anni dalla conclusione della polizza e l'invalidità permanente sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Contraente non sarà esonerato dall'ulteriore pagamento dei premi relativi alla garanzia base.**

Art. 7 - 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 contrattuale.

Art. 8 - 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 tacita 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. 9 - 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. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 10 - 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 accettare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

Art. 11 - Accertamento dell'invalidità permanente

La Società si impegna ad accettare l'esistenza dell'invalidità permanente entro sei mesi, dal ricevimento della documentazione tutta, richiesta a norma dei precedenti articoli 9 e 10.

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

Art. 12 - 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. 13 - 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. 14 - 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. 15 - 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. 16 - 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.

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.

Controassicurazione: clausola contrattuale che, nelle polizze di capitale differito, prevede la restituzione dei premi in caso di premorienza dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Contratto di assicurazione in caso di vita: contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento di un capitale o di una rendita vitalizia nel caso in cui l'Assicurato sia in vita alla scadenza pattuita.

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.

Differimento (periodo di): nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Differimento del capitale a scadenza: facoltà offerta al Contraente di differire la liquidazione del capitale a scadenza per un certo numero di anni.

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.

Esonero dei premi in caso di invalidità: in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza un'invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione dei premi residui relativi alla garanzia principale.

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

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

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

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 diesonero pagamento premi in caso di 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 abbinate 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 ed ogni altra occupazione confacente alle sue attitudini ed abitudini.

Ipotesi di rendimento: rendimento finanziario ipotetico fissato dall'IVASS per l'elaborazione dei progetti personalizzati da parte della Società.

ISVAP: vedi IVASS.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'istituzione dell'IVASS, ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria.

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

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

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

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 queste 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 simolo 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 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.

Progetto personalizzato: ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'IVASS, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'IVASS e consegnato al potenziale contraente prima della conclusione del contratto.

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".

Scheda sintetica: documento informativo sintetico contenuto nel Fascicolo Informativo redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al potenziale contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al Contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle gestioni separate o dei fondi a cui sono collegate le prestazioni.

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 (sovrapremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrapremio 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".

*Dati aggiornati al 15 Dicembre 2015
 Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 220262 Ed. 12-2015*

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

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



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: _____ 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 vita alla scadenza: _____

In caso di morte: _____

Prodotto: *DIMENSIONE Risparmio - Assicurazione di capitale differito con controassicurazione a prestazioni rivalutabili e premio annuo* Costante (codice tariffa CC15) Rivalutabile (codice tariffa CR15)

Decorrenza del contratto: ____ / ____ / ____ Durata: _____

Capitale assicurato: Euro _____

Rateazione del premio: Annuale Semestrale Quadrimestrale Trimestrale

Garanzie complementari: B) Infortuni

D) Esonero pagamento premi in caso di invalidità permanente dell'Assicurato

Premio lordo: Euro _____ di cui

- Premio netto della garanzia base:
- Premio netto garanzia complem. Infortuni:
- Premio netto garanzia complem. Esonero premi per invalidità.
- Imposte:
- Diritti di polizza:

REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

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

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

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 simbolo 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 (da compilare solo in caso di attivazione delle garanzie complementari)

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)
- quali?..... NO SI

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

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)
- 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, kayak, 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.)?
- quali?..... NO SI

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, erniectomy, safenectomy, varici, emorroidectomy, meniscectomy, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colicectomy non dovuta a neoplasia, splenectomy post-traumatica, varicocele, fistulosi, alluce valgo, interventi per accessi 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:
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?

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 (FOREING ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Società è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). 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.

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 veritieri, 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, deposita 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 tacito, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente proposta sono assolutamente veritieri 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 Personalini resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che li riguardano, per le finalità assicurative.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della gestione separata, il Glossario ed il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 220262 Ed. 12-2015 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

IL CONTRAENTE

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

L'ASSICURATO

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

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 2 – Prestazioni Assicurate – Durata del contratto; 3 – Conclusione ed efficacia del contratto; 5 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; 7 – Diritto di recesso del Contraente; 8 – Premi annui; 9 – Rivalutazione annuale del capitale; 10 - Rivalutazione annuale del premio (articolo valido per la sola forma a premio annuo rivalutabile); 12 – Interruzione del pagamento dei premi – Riduzione delle prestazioni; 13 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; 14 – Riscatto totale; 19 – Pagamenti della Società; 22 – Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 23 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni .

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 _____



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it
 Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiano al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

Dati aggiornati al 15 Dicembre 2015
 - Modulo di Proposta del Fascicolo Informativo Mod. 220262 Ed. 12-2015