



PROTEZIONE

MENTESERENA EASY

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario
- Polizza

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Mente Serena Easy

Ed. 12/2024

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio. Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti a taglio fisso.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale e a condizione che tu sia in regola con la corresponsione dei premi contrattualmente pattuiti, è assicurato:

- ✓ **Decesso:** il riconoscimento, a favore dei beneficiari designati in polizza, del capitale scelto al momento della sottoscrizione ed indicato in polizza che resterà costante per l'intera durata contrattuale.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo, rivoluzioni e fatti di guerra;
- ✗ Abuso di alcool o di farmaci, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- ✗ Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ✗ Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ Eventi direttamente collegati a determinate attività professionali e sportive, quali ad esempio: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere; lavori a contatto con materiale esplosivo; pugilato, speleologia, free climbing, kajak, rafting, paracadutismo, deltaplano.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto assunto senza visita medica prevede un periodo di carenza contrattuale di 6 mesi dalla conclusione della polizza (5 anni in caso di decesso dovuto all'AIDS), periodo durante il quale le garanzie non sono efficaci.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti potrebbero comportare effetti sulla prestazione; se si è agito con dolo o con colpa grave, possono essere causa di annullamento del contratto.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione i beneficiari designati in polizza devono fare richiesta scritta alla Società presentando copia del documento d'identità in corso di validità, copia del codice fiscale, indicazione del codice IBAN del conto su cui effettuare il pagamento della prestazione e ogni documentazione atta a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Possono anche avvalersi del modulo predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

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

È possibile scegliere tra diversi importi fissi di premio annuale (taglio fisso) che prevedono ciascuno, a seconda della durata della copertura e dell'età dell'Assicurato, un determinato capitale.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario, postale o circolare, bonifico o altri sistemi di pagamento bancario, postale o elettronico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto, indicata in polizza, può essere fissata in misura pari a 5, 10 o 15 anni.

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



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

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

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

Puoi risolvere il contratto mediante interruzione del pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

In caso di sospensione dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Mente Serena Easy

Ed. 12/2024

Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 624,7 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 131,9 milioni di Euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici> e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 436,4 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 196,4 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 969,5 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 811,5 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 222,17%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- * dolo del Contraente o del Beneficiario;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- * abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;
- * incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- * guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta

	<p>da non più di sei mesi;</p> <ul style="list-style-type: none"> * suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione; * eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive; * eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio. <p>La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.</p>
--	--

 Ci sono limiti di copertura?
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro tu, l'Assicurato, o gli aventi diritto non appena ne abbiano conoscenza o la possibilità, dovrete inviare alla Direzione Generale della Società, mediante lettera raccomandata A.R., la relativa denuncia contenente l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento.</p> <p>I beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire l'eventuale ulteriore documentazione richiesta per verificare l'effettivo obbligo di pagamento.</p> <p>Prescrizione: 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.</p> <p>Liquidazione della prestazione: una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta, la Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione.</p> <p>Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il premio annuo deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione del contratto. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali con l'applicazione di una maggiorazione del 2%. È possibile scegliere fra tre importi fissi di premio annuo (taglio fisso) che prevedono ciascuno, a seconda della durata della copertura e dell'età dell'Assicurato, un determinato capitale assicurato. I tagli di premio fisso che possono essere scelti su base annua sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80,00 Euro (82,58 Euro in caso di frazionamento semestrale); • 140,00 Euro (143,78 Euro in caso di frazionamento semestrale); • 200,00 Euro (204,98 Euro in caso di frazionamento semestrale). <p>Gli importi di premio predetti devono intendersi al lordo dei diritti fissi di 1,00 Euro, previsti su ogni rata di premio, e degli eventuali interessi di frazionamento.</p> <p>Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'intermediario in tale sua qualità; ▪ ordini di bonifico e/o altri mezzi di pagamento bancario, postale o elettronico comunque sempre emessi a favore dell'Impresa o dell'intermediario, in tale sua qualità. <p>In caso di pagamento tramite bonifico su conto corrente intestato a Groupama Assicurazioni S.p.A., le coordinate del conto corrente da accreditare sono riportate sul retro del simplo di polizza.</p> <p>I premi 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.</p>

Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio in caso di: - Recesso dal contratto (si rimanda al paragrafo "Recesso" della sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?").
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



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

Revoca	Hai la facoltà di revocare l'eventuale 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 Società annulla la proposta pervenuta.
Recesso	Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> devi comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – la volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società ti rimborsa il premio da te corrisposto al netto delle spese di emissione polizza (diritti di polizza) di 1,0 Euro specificati in polizza e della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.
Risoluzione	In caso di premio annuo, il mancato pagamento del premio dopo la prima annualità determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la risoluzione del contratto qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Non è possibile richiedere informazioni in quanto non sono previsti riscatti o riduzioni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Mente Serena Easy è rivolto ai coloro che richiedono una copertura per fini privati (familiari o personali), che abbiano un'età al momento della sottoscrizione del contratto compresa tra 18 e 60 anni (75 alla scadenza) e che vogliano perseguire un obiettivo di protezione assicurativa in caso di premorienza a vantaggio dei beneficiari designati. Il Contraente può essere anche una persona giuridica.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

In caso di premio annuo:

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	1,00 Euro	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Interessi per il frazionamento del premio annuo	2,0% su ogni premio annuo al netto dei diritti, in caso di rate semestrali	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
Caricamento	Caricamento in cifra fissa:	Ad ogni rata	Da ogni rata di premio al netto

per spese di emissione, incasso e gestione	20,00 Euro annui	di premio rapportato al frazionamento	dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento
	Caricamento percentuale: 33%	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento e del caricamento in cifra fissa

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 72%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> – 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/odr) 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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.
	<u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, devi aver stipulato il contratto nel tuo interesse o di persona fiscalmente a carico.
	<u>Tassazione delle prestazioni</u> I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato, ai sensi del presente contratto, non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni. I capitali comunque corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MENTESERENA EASY

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

GLOSSARIO	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	
ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO.....	7
ART. 2 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA.....	7
ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO.....	7
ART. 4 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.....	8
ART. 5 - RISCATTO E RIDUZIONE	8
ART. 6 – ANTIRICICLAGGIO E OBBLIGHI DI RESTITUZIONE.....	8
ART. 7 – CESSIONE, VINCOLO	8
ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO	9
ART. 9 – AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL CONTRATTO.....	9
ART. 9.1 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	9
ART. 9.2 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO	9
ART. 10 - IMPOSTE E ONERI FISCALI.....	9
ART. 11 - FORO COMPETENTE.....	10
ART. 12 - VALIDITÀ TERRITORIALE.....	10
ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
COSA È ASSICURATO	
ART. 14 - DECESSO	11
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	
ART. 15 – CAPITALI, DURATA, ETÀ ASSICURABILE.....	11
ART. 16 - MODALITÀ ASSUNTIVE	11
COSA NON È ASSICURATO	
ART. 17 - ESCLUSIONI.....	12
LIMITI DI COPERTURA	
ART. 18 - CARENZA CONTRATTUALE PER CONTRATTI EMESSI IN ASSENZA DI VISITA MEDICA.....	13
PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE	
ART. 19 - PREMI.....	14
ART. 20 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE	14
ART. 21 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE.....	14
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	

ART. 22 – DENUNCIA DEL SINISTRO.....	15
ART. 23 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	16
ART. 24 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE).....	16

PREMESSA

Il Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nella proposta (se prevista) e nel documento di polizza (Mod. 220237P), comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

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

Avvertenza.

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell' Assicurato sono state evidenziate: in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione.

GLOSSARIO

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

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

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario.

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

Capitale in caso di decesso: in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

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

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

Cessione: il trasferimento dei diritti e dei doveri del Contraente, previsti dalla polizza, ad un'altra persona che assume da quel momento il ruolo di Contraente.

Conclusione del contratto: momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società o riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

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

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

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

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

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi.

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

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

Dichiarazioni dell'Assicurato: modulo sottoscritto dell'Assicurato inerente le informazioni 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.

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.

Diritti: oneri generalmente costituiti da importi fissi posti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di premio successive.

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

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto di assicurazione è efficace.

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

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

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Impresa di assicurazione: vedi "Società".

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

Indici di solvibilità: requisiti patrimoniali che le imprese assicurative devono detenere per poter onorare gli obblighi assunti nei confronti dei propri assicurati determinati ai sensi della Direttiva 2009/138/CE ("Solvency II"). Gli stessi sono rappresentati dal rapporto tra i fondi propri ammissibili della Società e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), nonché dal rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

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

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

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

Malattia: ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

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

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza Temporanea caso morte: contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato entro un termine prestabilito (scadenza del contratto).

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente per il contratto di assicurazione. Può essere corrisposto in più rate da versare alle scadenze stabilite in funzione del frazionamento scelto.

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.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

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

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

Proposta: documento eventualmente 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.

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

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

Referente Terzo: soggetto, indicato dal Contraente che abbia manifestato esigenze di riservatezza, diversa dal Beneficiario, a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato per l'individuazione del Beneficiario stesso.

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.

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

Riduzione: facoltà del Contraente di mantenere attivo il contratto sospendendo il pagamento premi con un capitale assicurato ridotto.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato da cui discende l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata.

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

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

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

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Società (di assicurazione): Groupama Assicurazioni S.p.A.

Vincolo: atto mediante il quale il Contraente può vincolare la somma assicurata totalmente o parzialmente a favore di una persona o ente, a garanzia di crediti.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette. Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare effetti sulla prestazione qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

La Società ha diritto,

nel caso in cui la verità sia stata alterata con dolo o colpa grave:

- di contestare la validità del contratto e di richiederne l'annullamento entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di rifiutare la prestazione ovvero il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dinanzi indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento.

nel caso in cui la verità sia stata alterata senza dolo o colpa grave:

- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di ridurre in caso di sinistro e in ogni tempo, le somme assicurate in proporzione al premio convenuto e a quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato del rischio.

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

ART. 2 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA

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

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

ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il documento di Polizza, firmato dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato.

Salvo quanto sopra previsto, gli effetti del contratto decorrono, **a condizione che sia stato corrisposto il primo premio per contratti a premi annui** 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.

L'efficacia delle garanzie è subordinata ai periodi di carenza indicati nelle sezioni "Limiti di copertura".

Il primo premio per i contratti a premi annui 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 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

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

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione polizza (diritti di polizza) specificati in polizza, della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle eventuali imposte.

Il recesso comporta la cessazione di efficacia della polizza e delle garanzie assicurative.

ART. 5 - RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non prevede la facoltà di riscatto o riduzione.

ART. 6 – ANTIRICICLAGGIO E OBBLIGHI DI RESTITUZIONE

Il Contraente è tenuto a fornire alla Società, 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 Società, 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 (art. 42 del D.lgs 231/2007 come modificato dal D.lgs 90/2017), senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

ART. 7 – CESSIONE, VINCOLO

Il Contraente può cedere al altri la polizza facendo richiesta scritta alla Società, la quale ne prende atto con specifica appendice.

Il Contraente ha facoltà altresì di vincolare il capitale assicurato, o parte di esso, sia in fase di emissione polizza, sia successivamente dietro comunicazione scritta. Tale atto è efficace quando risulta in polizza o dal momento in cui la Società ne prende atto con specifica appendice. In presenza di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del soggetto vincolatario.

ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO

Il Contraente designa i Beneficiari della prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

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

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

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

In caso di mancata designazione dei Beneficiari in forma nominativa, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nella ricerca e identificazione del/i Beneficiario/i.

Il Contraente, nel caso in cui abbia specifiche esigenze di riservatezza, può indicare il nominativo di un Referente Terzo, diverso dal Beneficiario, a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato. Eventuali modifiche o revoche di tale specifica indicazione dovranno essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società.

ART. 9 – AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL CONTRATTO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta alla Società delle variazioni di rischio intervenute.

ART. 9.1 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 9.2 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile. Per maggiori dettagli si rinvia alla specifica sezione.

ART. 10 - IMPOSTE E ONERI FISCALI

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

ART. 11 - 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.

ART. 12 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

COSA È ASSICURATO

ART. 14 - DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento immediato, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale. **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la polizza si intenderà estinta, ed i premi corrisposti resteranno acquisiti dalla Società.**

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 17 e 18.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 15 – CAPITALI, DURATA, ETÀ ASSICURABILE

Il capitale assicurato non può essere inferiore a 5.000,00 Euro, né può superare l'importo di 200.000,00 Euro.

La durata del contratto può essere fissata in misura pari a 5, 10 o 15 anni.

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

ART. 16 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Il contratto è assumibile solo previa sottoscrizione delle "Dichiarazioni dell'Assicurato" inerenti il proprio stato di salute, per le quali trova piena applicazione l'Art.1.

Non è previsto l'accertamento delle condizioni di salute tramite visita medica o esami clinici.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 17 - ESCLUSIONI

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;**
- **abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;**
- **eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive;**
- **eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio.**

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti all'art. 18, qualora lo stesso sia espressamente richiamato nel contratto.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 18 - CARENZA CONTRATTUALE PER CONTRATTI EMESSI IN ASSENZA DI VISITA MEDICA

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

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

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

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

PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE

ART. 19 - PREMI

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

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.

I premi annui possono essere corrisposti anche in rate frazionate (semestrali), previa **applicazione di una maggiorazione per il frazionamento pari al 2,0% del premio.**

È possibile scegliere tra diversi importi fissi di premio annuale (taglio fisso) che prevedono ciascuno, a seconda della durata della copertura e dell'età dell'Assicurato, un determinato capitale. I tagli di premio fisso che possono essere scelti su base annua sono: 80,00 Euro (82,58 Euro in caso di frazionamento semestrale), 140,00 Euro (143,78 Euro in caso di frazionamento semestrale), 200,00 Euro (204,98 Euro in caso di frazionamento semestrale). Gli importi di premio predetti devono intendersi al lordo dei **diritti fissi di 1,00 Euro, previsti su ogni rata di premio**, e degli eventuali interessi di frazionamento.

Il Contraente non è tenuto ad alcun versamento alla sottoscrizione di un'eventuale proposta.

ART. 20 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE

In caso di sospensione del pagamento dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

ART. 21 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro ventiquattro mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha la possibilità di riattivare l'assicurazione, **dietro pagamento di tutti gli arretrati.**

Tuttavia, trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata insoluta, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, ed è subordinata a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria. La riattivazione del contratto ripristina le garanzie 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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 22 – DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La richiesta deve essere accompagnata da:

- copia di un documento d'identità in corso di validità
- copia del codice fiscale
- indicazione del codice IBAN di un conto intestato o cointestato al beneficiario della prestazione

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

Documentazione a corredo della richiesta

In caso di morte dell'Assicurato:

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

- Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente:

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

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

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

- Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente:

dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi.

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

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

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

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

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

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

ART. 23 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La Società, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, provvede al pagamento delle somme dovute entro 30 giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione.

Il pagamento della garanzia Decesso è soggetto, altresì, alla preventiva ricezione da parte della Società delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni).

Decorso il termine suddetto sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

ART. 24 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)

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

Mod. 220237 Ed. 12-2024

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 0041140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A0955 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio
- Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg





TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE E PREMI ANNUI COSTANTI

Documento di: **Polizza**

DATI CONTRATTO

Agenzia: _____ Cod. Agenzia: _____ Cod. SubAgenzia: _____
 N. POLIZZA _____
 Dalle Ore 24:00 del _____ Alle Ore 24:00 del _____ Durata: Anni _____
 Scadenza Copertura: _____ Frazionamento: _____ Data Emissione: _____
 Numero premi annui : _____ Convenzione: _____

CONTRAENTE

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Professione _____ Indirizzo _____
 Località _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione _____
 Tipo Documento _____ Numero _____ Ente e luogo di rilascio _____
 Data rilascio _____ Sottogruppo attività economica _____

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Indirizzo _____ Località _____ Comune _____ Provincia _____
 Nazione _____
 Età dell'assicurato _____ Professione _____ Fumatore _____

Beneficiari caso morte _____

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

Le modifiche o revoche del/i beneficiario/i devono essere comunicate tempestivamente alla Società. Il Contraente richiede espressamente di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento, secondo le vigenti disposizioni normative

REFERENTE TERZO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO: _____

Temporanea caso morte a capitale e premio annuo costante a tagli fissi	CAPITALE/MASSIMALI		PREMIO NETTO		
	Premio netto	Diritti	Totale imponibile	Imposte	Premio Totale
Rata alla firma					
Rate successive					

L'AGENTE



DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- 1) di non aver sofferto di malattie acute o croniche da cui siano residuati postumi invalidanti, di non essere a conoscenza di doversi sottoporre ad un intervento chirurgico, ad un ricovero ospedaliero, ad una cura farmacologica o ad accertamenti sanitari nei prossimi sei mesi, fatta eccezione, per i soli accertamenti sanitari, ai semplici controlli di routine;
- 2) di non essere titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra Prestazione di Previdenza Pubblica e di non aver presentato domanda per ottenerla;
- 3) di non avere malattie in atto, escluse l'influenza, il morbillo, la rosolia, la parotite, la rinite cronica, la bronchite cronica, la gastroduodenite cronica, la colite spastica, la dermatite, la sordità di grado medio, i difetti della vista correggibili con lenti, il glaucoma, gli esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, l'artrosi di grado non elevato, i calcoli della colecisti;
- 4) di non aver fatto e di non fare abuso di sostanze alcoliche;
- 5) di non fare uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- 6) di essere esente da difetti fisici e/o costituzionali o da disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane;
- 7) di non essere stato ricoverato, negli ultimi 5 anni, in ospedali o case di cura salvo che in conseguenza di appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colicistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica;
- 8) di non essere sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni);
- 9) di non essere mai risultato positivo ad un test HIV.

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

NOTA

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



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

2. Dati personali trattati

Groupama tratterà dati personali c.d. comuni (ad esempio, dati anagrafici, recapiti) e anche dati c.d. particolari, come quelli relativi alla salute, contenuti nel questionario sanitario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà genitoriale dopo aver preso visione della presente informativa.

3. Fonte dei dati trattati

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

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

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

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



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

5. Ambito di circolazione dei dati personali

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

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

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

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

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

7. Diritti degli interessati

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

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

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

SEZIONE CONSENSI

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

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



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione, 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 1,0 Euro specificati in polizza e della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

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



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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 emesso 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., il conto corrente da accreditare è acceso su Unicredit S.p.A. ed ha codice IBAN IT 34 C 02008 05364 000004953304.

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.

IL CONTRAENTE

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, il Set Informativo Modello 220237C composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 220237DV Ed. 12-2024), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220237DA Ed. 12-2024), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 220237 Ed. 12-2024), Polizza (Mod. 220237P Ed. 12-2024) ed e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 15 – Capitali, Durata, Età assicurabile; 16 – Esclusioni; 17 – Carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica; 18 – Premi; 19 – Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione; 20 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; 23 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

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

Confermo di aver identificato personalmente il Contraente firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs 231/2007.

Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

L'AGENTE/COLLABORATORE

Data di sottoscrizione

Mod. 220237P Ed. 12-2024

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

