

DATI E QUALIFICA DEL SOGGETTO CHE ENTRA IN RAPPORTO CON IL CLIENTE

(Banca incaricata dell'offerta)

Banca di Credito Cooperativo di San Marzano di San Giuseppe

via Vittorio Emanuele s.n. - 74020 - San Marzano di San Giuseppe (TA)

Tel.: 099.9577411

Email: banca@bccsanmarzano.it

Sito internet: www.bccsanmarzano.it

Registro delle Imprese della CCIAA di Taranto n. 33127

Iscritta all'Albo della Banca d'Italia n. 4554 - cod. ABI 08817

Iscritta all'Albo delle società cooperative n. A157396

Autorità di controllo: BANCA D'ITALIA - via Nazionale 91 - 00184 ROMA

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Cassa Centrale Banca - Credito Cooperativo Italiano S.p.A.

Aderente al Fondo di garanzia dei Depositi del Credito Cooperativo e al Fondo di Garanzia delle Obbligazionisti del Credito Cooperativo.

ONERI AGGIUNTIVI E COSTI DERIVANTI DALL'OFFERTA

la commercializzazione del prodotto da parte della Banca non comporta l'addebito di alcun onere e/o costo aggiuntivo.

LUOGO OVE AVVIENE L'OFFERTA

L'offerta del prodotto avviene nei locali della Banca.



PROTEZIONE

ASSIFUTURE

Copertura assicurativa multirischi monoannuale con tacito rinnovo

Contratto di assicurazione dei rami vita e danni con coperture assicurative in caso di decesso, infortunio, malattia e perdita di impiego in forma collettiva ad adesione facoltativa

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP Danni - Documento informativo precontrattuale
- DIP Vita - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario
- Modulo di Adesione

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Assicurazione a tutela del reddito

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

AsSiFuture

Ed. 01/2024

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Groupama
Assicurazioni

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione Vita puro rischio, temporanea caso morte monoannuale con tacito rinnovo.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso tu voglia tutelare il tuo tenore di vita e quello della tua famiglia da eventi che potrebbero comprometterlo, è assicurato:

- ✓ **Decesso:** in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio o malattia, il riconoscimento, a favore dei beneficiari designati nel modulo di Adesione, del capitale scelto al momento della sottoscrizione.
- ✓ **Decesso da infortunio stradale:** in caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio stradale, un capitale aggiuntivo, a favore dei beneficiari designati nel modulo di Adesione, pari a quello assicurato dalla garanzia Decesso con il limite massimo di € 150.000,00.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni noti prima della decorrenza delle garanzie, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- ✗ Dolo del Contraente, Assicurato o del Beneficiario;
- ✗ Suicidio nel corso dei primi due anni di validità della adesione;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Eventi derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse;
- ✗ Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ✗ I sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di Decesso dovuto a malattia, il contratto prevede un periodo di carenza contrattuale di 60 giorni dalla conclusione del contratto, periodo durante il quale la garanzia non è efficace.



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, prestando particolare attenzione alle "Dichiarazioni sanitarie o sanitarie, professionali e sportive"; comunicare le variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive da te svolte e le variazioni dello status lavorativo rispetto a quanto dichiarato nel modulo di Adesione. 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 Decesso i beneficiari da te designati devono fare richiesta scritta all'Intermediario o 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 di Denuncia predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato all'atto di sottoscrizione dell'Adesione. Tale premio, al netto dei diritti, viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento al periodo intercorrente tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa come riportato nel modulo di adesione.

Al termine del suddetto periodo di copertura, il premio verrà calcolato su base annuale: in occasione del rinnovo, il premio della garanzia Decesso viene aggiornato in considerazione dell'età da te raggiunta.

La Società ha conferito a Assicura Agenzia s.r.l. mandato all'incasso del premio di adesione, che verrà addebitato sul conto corrente a te intestato in forza di una tua autorizzazione a trattenere detta somma.

I premi di rinnovo verranno addebitati sul tuo conto corrente tramite procedura SDD (Sepa Direct Debit).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Adesione oppure dalla data del pagamento del premio, "salvo buon fine", se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata nell'Adesione, convenzionalmente fissata al 1° marzo dell'anno successivo alla decorrenza.

Il contratto è stipulato con la formula del tacito rinnovo pertanto, in mancanza di disdetta esercitata 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente aggiornando la scadenza al 1° marzo dell'anno successivo.



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

Prima della conclusione del contratto, puoi revocare l'eventuale proposta di Adesione 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 dell'Adesione e delle garanzie assicurative.

Se non paghi il premio delle annualità successive entro 30 giorni dalla scadenza dell'adesione, la copertura assicurativa si risolve di diritto.

Essendo un contratto stipulato con la formula del tacito rinnovo, puoi disdirlo mediante lettera raccomandata da inviare 60 giorni prima della scadenza della copertura.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

No, non sono previsti valori di riscatto o riduzioni.

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione danni. Infortunio, malattia e perdita di impiego.



Che cosa è assicurato?

In caso tu voglia tutelare il tuo tenore di vita e quello della tua famiglia da eventi che potrebbero comprometterlo, è assicurato:

✓ **Invalidità permanente totale da infortunio o malattia:** in caso di riconoscimento di un'invalidità conseguente ad infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60%, il pagamento del capitale assicurato indicato nel modulo di Adesione.

Se sei un "Lavoratore autonomo", o svolgi un lavoro a tale tipologia assimilabile, è assicurato:

✓ **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia:** in caso tu ti trovi temporaneamente e in misura totale nell'impossibilità fisica di esercitare la tua professione, a seguito di un infortunio o malattia, un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione.

Se sei un "Lavoratore Dipendente Privato", è assicurato:

✓ **Perdita d'impiego:** a seguito di una cessazione non volontaria della tua attività lavorativa, un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione.

Se sei un "Lavoratore Dipendente Pubblico" o non rientri in alcuna delle categorie sopra menzionate, è assicurato:

✓ **Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico:** in caso di ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia, un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione.

È predefinita la combinazione di garanzie acquistabili sulla base del tuo status lavorativo/occupazionale dichiarato nel modulo di Adesione.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate, infermità mentali (Sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi)
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Dolo del Contraente, Assicurato o del Beneficiario;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
- ✗ Eventi derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse;
- ✗ Conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ✗ Conseguenze della pratica di determinati sport, quali: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, alpinismo, bungee jumping e similari.

In caso di Perdita d'impiego:

- ✗ Il licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, per motivi disciplinari o professionali;
- ✗ In caso di risoluzione del rapporto di lavoro.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto, eccezion fatta per le garanzie infortuni, prevede alcune carenze, ovvero la garanzia decorre trascorso un periodo di tempo predefinito utile ad escludere sinistri latenti.
- ! Non si farà luogo ad alcun pagamento quando l'Invalidità permanente totale da infortunio o malattia accertata sia di grado inferiore alla franchigia contrattualmente stabilita (60%).
- ! Qualsiasi indennizzo sarà pagato per un massimo di 12 mensilità per ciascun sinistro.
- ! La copertura infortuni è estesa al rischio

guerra che dovesse sorprenderti all'estero con il limite di 14 giorni.

- ! Non si farà luogo ad alcun rimborso per ricovero reso necessario da grande intervento chirurgico qualora l'intervento non rientri tra quelli elencati o non sia ad essi equiparabile per complessità o tecniche operatorie adottate.
- ! Nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per perdita del posto di lavoro o per inabilità temporanea totale se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione, pari rispettivamente a 90 e 30 (180 se stessa malattia o infortunio) giorni consecutivi.
- ! Sono operanti franchigie di 30 giorni per le garanzie di Inabilità temporanea totale e Perdita d'impiego.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida 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, prestando particolare attenzione alle "Dichiarazioni sanitarie o sanitarie, professionali e sportive"; comunicare le variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive da te svolte e le variazioni dello status lavorativo rispetto a quanto dichiarato nel modulo di Adesione. 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 sinistro al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurata dovrai farne richiesta scritta all'Intermediario o alla Società corredata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Puoi avvalerti del modulo di Denuncia predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato all'atto di sottoscrizione dell'Adesione. Tale premio, al netto dei diritti, viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento al periodo intercorrente tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa come riportato nel modulo di adesione.

Al termine del suddetto periodo di copertura, il premio verrà calcolato su base annuale: in occasione del rinnovo, il premio della garanzia Invalidità Permanente Totale viene aggiornato in considerazione dell'età da te raggiunta.

La Società ha conferito ad Assicura Agenzia s.r.l. mandato all'incasso del premio di adesione, che verrà addebitato sul conto corrente a te intestato in forza di una tua autorizzazione a trattenere detta somma.

I premi di rinnovo verranno addebitati sul tuo conto corrente tramite procedura SDD (Sepa Direct Debit).

Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Adesione oppure dalla data del pagamento del premio, "salvo buon fine", se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata nell'Adesione, convenzionalmente fissata al 1° marzo dell'anno successivo alla decorrenza.

Il contratto è stipulato con la formula del tacito rinnovo pertanto, in mancanza di disdetta esercitata 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente aggiornando la scadenza al 1° marzo dell'anno successivo.



Come posso disdire la polizza?

Prima della conclusione del contratto, puoi revocare l'eventuale proposta di Adesione 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 dell'Adesione e delle garanzie assicurative.

Essendo un contratto stipulato con la formula del tacito rinnovo, puoi disdirlo mediante lettera raccomandata da inviare 60 giorni prima della scadenza della copertura.

Assicurazione a tutela del reddito

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

AsSiFuture

Ed. 01/2024

Il DIP aggiuntivo Multirischi 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente 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 2022, il patrimonio netto della Società ammonta a 624,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 131,5 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 469,6 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 211,3 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 921,0 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 756,8 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 196,10%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Sulla base dello status lavorativo/occupazionale da te dichiarato alla sottoscrizione del contratto, è predefinita una combinazione di garanzie come di seguito riportato

STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE DICHIARATO	COMBINAZIONE DI GARANZIE
Lavoratore dipendente privato	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Perdita di impiego
Lavoratore autonomo o a tale tipologia assimilabile	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
Lavoratore dipendente pubblico	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico
Altro (soggetto non rientrante in alcuna delle categorie menzionate)	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO
Non previste.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Non previste.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<p>Le coperture relative ai rischi Decesso, Decesso da infortunio stradale, Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico e Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia non sono operanti nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> * invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti; * 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; * incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo); * partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, delitti dolosi o qualsiasi operazione militare; * partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile se l'Assicurato <ul style="list-style-type: none"> - raggiunge un Paese dove è in corso una situazione di guerra o similari oppure - si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso o l'invalidità totale e permanente si verificano dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità; * partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni; * contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici; * dolo del Contraente, Assicurato o del Beneficiario; * guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; * infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; * i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; * i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza. <p>Relativamente alle sole garanzie Decesso e Decesso da infortunio stradale, le garanzie non sono inoltre operanti in caso di</p> <ul style="list-style-type: none"> * suicidio nel corso dei primi due anni di validità della adesione. <p>Relativamente alle sole garanzie Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico ed Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, le garanzie non sono inoltre operanti per sinistri conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato; * mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale; * atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato; * malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici; * conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee oltre i 20 metri, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, taumachia; * tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; * conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione; * trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); * gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi. <p>La garanzia Decesso da infortunio stradale non è inoltre operante nei seguenti casi:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> * malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze; * infarti di ogni tipo. <p>La copertura Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> * il licenziamento è dovuto a giusta causa; * il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo; * risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato; * il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali; * la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia; * il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti; * se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico; * l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia; * i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana; * all'atto della sottoscrizione del contratto l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione; * l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili); * l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego; * l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova. <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?

Rami Vita

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

Rami Danni: il contratto prevede carenze, franchigie, periodo di riqualificazione e limiti di indennizzo.

! **Carenze**

La carenza è il periodo durante il quale le garanzie non sono efficaci.

Esempio

Garanzia attiva: Perdita d'impiego

Decorrenza copertura: 05/06/2019

Scadenza copertura: 01/03/2020

Carenza: 45 giorni

Perdita d'impiego: 10/07/2019

La Società non è tenuta ad alcun pagamento; diversamente

Perdita d'impiego: 10/09/2019

La Società è tenuta al pagamento dell'indennizzo secondo le modalità previste.

! **Franchigie**

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Corrisponde alla somma che non sarà indennizzata all'Assicurato e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo. Solitamente è espressa in cifra assoluta, in una percentuale della somma assicurata o in giorni.

Esempio franchigia in giorni

Inabilità o Periodo di disoccupazione: 25 giorni

Franchigia: 30 giorni

La Società non è tenuta ad alcun pagamento; diversamente

Inabilità o Periodo di disoccupazione: 63 giorni

Franchigia: 30 giorni

La Società sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo corrispondendo la mensilità assicurata per ogni mese solare di completa inabilità o periodo di disoccupazione e per i periodi inferiori al mese solare si divide la mensilità per 30 e si moltiplica il risultato per i restanti giorni, come nell'esempio che segue.

Esempio calcolo Indennizzo:

Data inizio inabilità o disoccupazione: 23/03/2019

Data fine inabilità o disoccupazione: 03/06/2019

Franchigia: 30 giorni
 Mensilità assicurata: 300€
 Inizio pagamento indennizzo al netto della franchigia: 22/04/2019
 Dal 22/04/2019 al 30/04/2019 l'indennizzo è calcolato considerando i giorni effettivi (9 giorni): $300/30 \times 9 = 90€$
 Dal 01/05/2019 al 31/05/2019 è 1 mese solare: 300€
 Dal 01/06/2019 al 3/06/2019 l'indennizzo è calcolato considerando i giorni effettivi (3 giorni): $300/30 \times 3 = 30€$
 Indennizzo totale: $90€ + 300€ + 30€ = 420€$

Esempio franchigia in percentuale

In presenza di una franchigia fissa sul grado di invalidità permanente accertato, l'invalidità permanente di grado inferiore alla franchigia stabilita (60%) non dà luogo ad alcun indennizzo.

Percentuale di invalidità permanente accertata: 50%

Franchigia stabilita: 60%

La Società non è tenuta ad alcun pagamento; diversamente

Percentuale di invalidità permanente accertata: 70%

Franchigia prevista: 60%

La Società sarà tenuta al pagamento del capitale assicurato indicato nel modulo di Adesione.

! Periodo di riqualificazione

Il Periodo di riqualificazione è il periodo di tempo che deve trascorrere tra il termine di un sinistro e l'accadimento di un nuovo sinistro sulla medesima garanzia perché quest'ultimo sia denunciabile ed indennizzabile.

Esempio

Periodo di tempo che intercorre tra il termine del sinistro precedente e l'accadimento del nuovo sinistro: 30 giorni

Periodo di riqualificazione: 60 giorni

La Società non è tenuta ad alcun pagamento, diversamente

Periodo di tempo che intercorre tra il sinistro precedente e l'accadimento del nuovo sinistro: 90 giorni

Periodo di riqualificazione: 60 giorni

La Società è tenuta al pagamento dell'indennizzo secondo le modalità previste.

! Limiti di indennizzo

I limiti di indennizzo rappresentano il numero massimo di indennizzi fino a concorrenza dei quali la Società si impegna a prestare la garanzia.

Esempio

Inabilità o Periodo di disoccupazione: 15 mesi e 30 giorni

Limite di indennizzo: 12 mesi

Franchigia: 30 giorni

Periodo indennizzabile: 15 mesi e 30 giorni - 30 giorni = 15 mesi

La Società è tenuta al pagamento di 12 mensilità; le restanti (15 mensilità - 12 mensilità) = 3 mensilità rimangono a carico dell'Assicurato; diversamente

Inabilità o Periodo di disoccupazione: 8 mesi e 30 giorni

Limite di indennizzo: 12 mesi

Franchigia: 30 giorni

Periodo indennizzabile: 8 mesi e 30 giorni - 30 giorni = 8 mesi

La Società è tenuta al pagamento delle sole 8 mensilità (durata effettiva del sinistro).

! Rivalsa

La società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete.

Garanzie	Carenze	Franchigie	Periodi di riqualificazione	Limiti di indennizzo
Decesso	60 giorni se causato da malattia	-	-	-
Decesso da infortunio stradale	-	-	-	-
Invalità Permanente Totale da infortunio o malattia	60 giorni se causata da malattia	60%	-	-
Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia	60 giorni se causata da malattia	30 giorni	30 giorni o 180 per il medesimo sinistro	12 mensilità per ciascun sinistro
Perdita d'impiego	45 giorni	30 giorni	90 giorni	12 mensilità per ciascun sinistro
Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	90 giorni se da malattia	-	-	12 mensilità per ciascun sinistro



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'avente diritto all'Intermediario o alla Società. È possibile avvalersi del modulo di denuncia di sinistro predisposto e messo a disposizione dalla Società.</p> <p>La denuncia del sinistro dovrà essere corredata della documentazione specifica in base al sinistro da denunciare e richiamata all'interno del modulo di denuncia.</p> <p>La Società, informata del sinistro, potrà richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.</p>
	<p>Prescrizione: 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, per quanto attiene alle prestazioni derivanti dalla garanzia assicurativa in caso di Decesso, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda per quanto attiene le prestazioni derivanti dalle altre garanzie previste dal presente contratto.</p> <p>Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro i suddetti termini 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: La Società, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione, quantificato l'importo dovuto, provvede al pagamento delle somme dovute entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.</p> <p>Il pagamento delle garanzie Decesso e Decesso da infortunio stradale 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).</p> <p>Decorso il termine suddetto sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.</p> <p>Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.</p> <p>Relativamente alla liquidazione degli importi assicurati con le coperture di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande intervento chirurgico e Perdita d'Impiego, la Società procederà alla liquidazione degli stessi con cadenza trimestrale, tuttavia l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione di tali indennizzi sia effettuata mensilmente.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e nel DIP Vita.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>L'assicurazione viene prestata dietro pagamento, di un premio, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle garanzie prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse. Il premio, al netto dei diritti, viene calcolato pro-rata temporis facendo riferimento al periodo intercorrente tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa come riportate nel modulo di adesione.</p> <p>Al termine del suddetto periodo di copertura, il premio verrà calcolato su base annuale: in occasione del rinnovo, il premio relativo alle garanzie Decesso e Invalidità permanente totale viene aggiornato in considerazione dell'età da te raggiunta.</p> <p>La Società ha conferito a Assicura Agenzia s.r.l., di seguito "Contraente", apposito mandato all'incasso del premio di adesione, che verrà addebitato sul conto corrente a te intestato in forza di una tua autorizzazione a trattenere detta somma.</p> <p>I premi di rinnovo verranno addebitati sul tuo conto corrente tramite procedura SDD.</p> <p>L'incasso di tali somme da parte del Contraente varranno come pagamento effettuato direttamente alla Società.</p> <p>Il premio da te corrisposto all'emissione dell'adesione 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.</p>
Rimborso	<p>L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recesso dal contratto (si rimanda al paragrafo "Recesso" della sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?")
Sconti	<p>Sono previsti sconti di premio in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convenzione per i dipendenti del distributore; - Convenzione per soci del distributore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata del contratto è funzione del tempo che intercorre tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa, quest'ultima convenzionalmente fissata al 1° marzo dell'anno successivo alla decorrenza.</p> <p>Il contratto viene stipulato con la formula del tacito rinnovo pertanto, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente: ad ogni rinnovo la scadenza viene aggiornata al 1° marzo dell'anno successivo.</p> <p>In caso di contratto con garanzia di Perdita d'impiego o con garanzia di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, le garanzie cessano automaticamente al termine dell'annualità in cui l'Assicurato raggiunge rispettivamente 67 e 70 anni, salvo comunicazione dello stesso di pensionamento prima di tale data.</p> <p>Si precisa che il contratto si chiude nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al raggiungimento dell'età di 70 con un capitale assicurato maggiore di 75.000 Euro; • alla liquidazione di un sinistro per Invalidità totale e permanente; • in caso di variazione dello status lavorativo/occupazionale; • in caso di sinistro Perdita d'impiego. <p>Sono comunque previsti periodi di Carenza contrattuale durante i quali il contratto non è efficace, così come indicato nella sezione "Limiti di copertura".</p>
Sospensione	Non prevista.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	<p>Nella fase che precede la conclusione dell'adesione, l'Assicurato ha la facoltà di revocare l'eventuale proposta di adesione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.</p> <p>A fronte della revoca, la Società annulla la proposta pervenuta.</p>
Recesso	<p>Entro e non oltre 30 giorni dalla conclusione dell'adesione, puoi recedere.</p> <p>Per esercitare il diritto di recesso devi comunicare alla Società a mezzo lettera raccomandata A.R. la tua volontà di recedere dall'adesione, indicando gli elementi identificativi della stessa e restituendo l'originale del modulo di adesione; la comunicazione deve essere inviata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a - Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma. <p>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.</p> <p>Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Società ti rimborsa il premio precedentemente corrisposto al netto dei diritti specificati nel modulo di adesione e delle imposte.</p> <p>Il recesso comporta la cessazione di efficacia del contratto e delle garanzie assicurative.</p>
Risoluzione	<ul style="list-style-type: none"> - Se non paghi il premio alla data di decorrenza dell'adesione, le coperture assicurative restano sospese fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio dovuto. - Se non paghi il premio delle annualità successive, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza dell'adesione, la copertura assicurativa si risolve di diritto. - Essendo un contratto stipulato con la formula del tacito rinnovo, puoi disdirlo 60 giorni prima della scadenza della copertura mediante lettera raccomandata da inviare a: <ul style="list-style-type: none"> - Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a - Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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?	
<p>AsSiFuture è rivolto alle persone fisiche di età compresa tra i 18 e i 74 anni che desiderano perseguire un obiettivo di protezione assicurativa del reddito e di protezione della persona.</p> <p>In particolare, è rivolto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i Lavoratori Dipendenti Privati che dichiarano di non essere a conoscenza di una prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che possano far prevedere un prossimo stato di disoccupazione; 	

- i Lavoratori Autonomi o a tale tipologia assimilabili;
- i Lavoratori Dipendenti pubblici o coloro che non rientrano nelle casistiche sopra menzionate.



Quali costi devo sostenere?

Per i Rami Vita

Costi gravanti sul premio

Sul premio corrisposto gravano dei **costi** destinati alla copertura delle spese di emissione e gestione dell'adesione come riportato nella seguente tabella:

Tipologia	Importo (Assoluto o in percentuale)	Modalità di applicazione
Caricamento per spese di emissione e gestione	54% 35% convenzione Soci 20% convenzione dipendenti	Applicato sul premio corrisposto al netto dei diritti e delle imposte
Diritti	15 Euro	Applicato sul premio

Il costo della visita medica e degli esami clinici eventualmente necessari è a tuo carico. 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.

Puoi rivolgerti alle strutture sanitarie di tuo gradimento, fermo rimanendo che il rapporto di visita medica può essere redatto in via alternativa da medici delle A.S.L., cardiologi, medici legali o internisti, utilizzando un modulo predisposto dalla Società.

Se l'importo del capitale assicurato non supera i 750.000,00 Euro, il rapporto di visita medica può essere redatto dal tuo medico di base, altresì noto come medico di famiglia, sempre utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società.

Per tutti i Rami

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è stimata in misura pari al 74,4%.

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	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> – E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro. – 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. I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.
---	--

I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Malattia, Infortuni, e Perdita di Impiego, sono soggetti ad un'aliquota d'imposta del 2,50%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) 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, l'Aderente/Assicurato deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

Tassazione delle somme assicurate

I capitali corrisposti alle persone fisiche ai sensi del presente contratto e in caso di morte dell'Aderente/Assicurato non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

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

ASSIFUTURE

Copertura assicurativa multirischi monoannuale con tacito rinnovo

Contratto di assicurazione dei rami vita e danni con coperture assicurative in caso di decesso, infortunio, malattia e perdita di impiego in forma collettiva ad adesione facoltativa

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

GLOSSARIO

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO	9
ART. 2 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ADESIONE	9
ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO	9
ART. 4 - DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO	10
ART. 5 - RISCATTO E RIDUZIONE.....	10
ART. 6 – ANTIRICICLAGGIO E OBBLIGHI DI RESTITUZIONE	10
ART. 7 – VINCOLO	11
ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO	11
ART. 9 – AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO	12
ART. 9.1 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	12
ART. 9.2 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	12
ART. 10 - VARIAZIONE DELLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE	12
ART. 11 - IMPOSTE E ONERI FISCALI.....	12
ART. 12 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	12
ART. 13 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	12
ART. 14 - FORO COMPETENTE.....	12
ART. 15 - VALIDITA' TERRITORIALE	13
ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	13

GARANZIE

ART. 17 – COMBINAZIONI DI GARANZIE IN BASE ALLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE DELL'ASSICURATO	14
ART. 18 - DECESSO	14
ART. 19 - DECESSO DA INFORTUNIO STRADALE.....	14
ART. 20 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	15
ART. 21 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA [<i>OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE</i>].....	15
ART. 22 - PERDITA DI IMPIEGO [<i>OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE</i>]	15
ART. 23 - RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO [<i>OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE</i>].....	16

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 24 – CAPITALI ASSICURABILI	20
ART. 25 – DURATA DEL CONTRATTO E DELLE GARANZIE - DISDETTA	20

ART. 26 – ETA'	21
ART. 27 – MODALITÀ ASSUNTIVE	21
COSA NON È ASSICURATO	
ART. 28 - ESCLUSIONI.....	23
LIMITI DI COPERTURA	
ART. 29 – CARENZE.....	25
ART. 30 – FRANCHIGIE.....	26
ART. 31 – PERIODI DI RIQUALIFICAZIONE	26
ART. 32 – LIMITI DI INDENNIZZO	27
PAGAMENTO	
33. PAGAMENTO DEL PREMIO	28
NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DI STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE	
ART. 34 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	29
ART. 35 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	29
ART. 36 - VARIAZIONI DELLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE	30
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	
ART. 37 - DENUNCIA DEL SINISTRO	31
ART. 38 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO.....	33
ART. 39 - CONTROVERSIE	33
ART. 40 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)	34

PREMESSA

Il Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nella proposta (se prevista) e nel modulo di adesione (Mod. 220443A), comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dal modulo di adesione, dalle appendici da essa firmate e dalla Convenzione stipulata con il Contraente.

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 dell'Assicurato sono state evidenziate in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione.

GLOSSARIO

Ai termini che seguono è attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione del contratto.

Adesione: contratto sottoscritto dall'Assicurato/Aderente.

Aggravamento del rischio: si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipula dell'adesione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio.

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

Appendice: documento che forma parte integrante dell'adesione e che viene emesso unitamente o in seguito a questa per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società e l'Assicurato.

Assicurato/Aderente: persona fisica, cliente di una delle Banche che collaborano con la Contraente, che valuta e liberamente decide di aderire alla polizza collettiva sottoscrivendo il modulo di adesione e che paga il premio.

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

Capitale in caso di decesso: capitale assicurato che è pagato al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

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 dall'Assicurato destinata a coprire i costi commerciali ed amministrativi della Società.

Conclusione del contratto: momento in cui l'Assicurato 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 e/o dell'Assicurato.

Contraente: Assicura Agenzia s.r.l., distributore che ha sottoscritto la specifica Convenzione con la Società.

Contratto: adesione alla polizza collettiva sottoscritta dal Contraente.

Costi (o spese): oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi.

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

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

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Dichiarazioni sanitarie, professionali, sportive: modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione eventualmente integrato con domande relative alle attività professionali e sportive dell'Assicurato.

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

Diritto proprio (del Beneficiario): diritto del Beneficiario alle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto di designazione da parte dell'Assicurato.

Distributore di prodotti assicurativi: qualsiasi intermediario assicurativo, intermediario assicurativo a titolo accessorio o impresa di assicurazione.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto di assicurazione è efficace calcolato in anni, mesi e giorni.

Disoccupazione: cessazione dell'attività lavorativa svolta dall'Assicurato, lavoratore dipendente, contraddistinta da:

- iscrizione nelle liste di disoccupazione presso il Centro per l'Impiego in Italia o percepisca un'indennità che in virtù delle norme vigenti si identifica in quanto previsto al titolo I del D. lgs N° 22 04/03/2015 (Nuova Prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego - NASpI) o un'indennità da trattamento di mobilità oppure altra forma analoga di indennità prevista da evoluzione in materia;
- assenza di irragionevoli rifiuti di eventuali offerte di lavoro.

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

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

Franchigia: percentuale, numero di giorni o importo prestabiliti deducibili dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società.

Grande intervento chirurgico: intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato nelle Condizioni di assicurazione o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

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

Impresa Familiare: attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

Impresa di assicurazione: vedi "Società".

Inabilità temporanea totale: perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere, conseguente a infortunio o malattia.

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

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato/Beneficiario in caso di sinistro.

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 assicurativo: qualsiasi persona fisica o giuridica che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

Invalidità permanente totale: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura pari o superiore al 60%, della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione esercitata, conseguente ad infortunio o malattia.

Ivass: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Limite di indennizzo: numero massimo di indennizzi fino a concorrenza dei quali, per ciascun sinistro, la Società si impegna a prestare la garanzia.

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

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

Modulo di adesione: modulo, parte integrante del contratto, sottoscrivendo il quale l'Assicurato dichiara di voler aderire alla polizza collettiva stipulata tra il Contraente e la Società e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture assicurative.

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.

Periodo di riqualificazione: periodo di tempo che deve trascorrere tra il termine di un sinistro e l'accadimento di un nuovo sinistro sulla medesima garanzia perché quest'ultimo sia denunciabile ed indennizzabile.

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

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

Premio unico: importo che l'Assicurato corrisponde in soluzione unica al momento del perfezionamento del contratto per l'intera durata contrattuale.

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

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale o come indennizzo 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 dall'Assicurato in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto offerto in relazione alle sue esigenze.

Proposta: documento eventualmente sottoscritto dall'Assicurato, 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.

Recesso (o ripensamento): diritto dell'Assicurato di ritirarsi dal contratto e farne cessare gli effetti.

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

Revoca: diritto del proponente di ritirare l'eventuale proposta prima della conclusione del contratto.

Ricovero ospedaliero: lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in istituto di cura, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Riduzione: facoltà dell'Assicurato di mantenere attivo il contratto, sospendendo il pagamento premi, con un capitale assicurato ridotto.

Riscatto: facoltà dell'Assicurato 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.

Set Informativo: DIP Danni (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Vita (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione (comprehensive di Glossario), Modulo di Adesione.

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

Status lavorativo/occupazionale: classificazione lavorativa dell'Assicurato in funzione dell'attività lavorativa svolta sulla base delle definizioni di seguito riportate:

- **Lavoratore Dipendente Pubblico:** lavoratore dipendente con contratto di lavoro del pubblico impiego.
- **Lavoratore Autonomo:** persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dichiarazione da cui risulta la percezione di uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917 e successive modifiche o la percezione di reddito derivante dalla partecipazione in società di persone.

Sono assimilati ai Lavoratori Autonomi:

- i collaboratori coordinati e continuativi, i lavoratori che svolgono la loro attività nell'ambito di contratti di lavoro intermittente, i lavoratori con contratto di tirocinio estivo di orientamento;
- i soggetti che percepiscono uno dei seguenti redditi di cui all'art. 50 comma 1, del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917 e successive modifiche:
 - lettera c): borse di studio, assegni, premi o sussidi per fini di studio o di addestramento professionale;
 - lettera g): indennità parlamentari e assimilate;
 - lettera d): retribuzioni dei sacerdoti;

- i “lavoratori occasionali”, intendendo sia il lavoro occasionale subordinato che autonomo (ex art. 67, comma 1, lettere i) ed l) del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917).
- **Lavoratore Dipendente Privato:** persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria (esclusi i soggetti assimilati a Lavoratore Autonomo) alle dipendenze di altri in forza di un contratto di lavoro subordinato - non del Pubblico Impiego - a tempo indeterminato o determinato, che non lavori in un’impresa familiare e che abbia un contratto regolato dalla Legge Italiana comportante un obbligo di prestazione contrattuale non inferiore a 16 ore settimanali. Sono equiparati a Lavoratore dipendente privato gli apprendisti, i soci di cooperative, il personale artistico.
- **Altro:** rientra in questa categoria la persona fisica non rientrante nelle categorie di Lavoratore Autonomo, Lavoratore dipendente pubblico, Lavoratore dipendente privato così come sopra definite.
A titolo esemplificativo, rientrano in tale categoria i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i lavoratori dipendenti con prestazione contrattuale inferiore a 16 ore settimanali, i lavoratori stagionali, i lavoratori dipendenti che lavorano in un’impresa familiare, i lavoratori dipendenti privati con contratto non regolato dalla legge italiana.

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

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

Vincolo: atto mediante il quale l’Assicurato 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 DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni 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 (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti). 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 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ADESIONE

Nella fase che precede la conclusione dell'adesione, l'Assicurato ha la facoltà di revocare l'eventuale proposta di adesione 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.

ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il modulo di adesione, firmato dalla Società, viene sottoscritto dall'Assicurato.

Salvo quanto sopra previsto, gli effetti del contratto decorrono, **a condizione che sia stato corrisposto il premio**, dalle ore 24:00 del giorno di conclusione del contratto. Qualora l'adesione 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 all'art. 29 della sezione "LIMITI DI COPERTURA".

Il premio, corrisposto dall'Assicurato, 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 DELL'ASSICURATO

Una volta concluso il contratto, l'Assicurato può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- l'Assicurato 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:
 - **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
 - **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°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 all'Assicurato il premio da questi corrisposto al netto dei diritti specificati nel modulo di adesione e delle imposte.

Il recesso comporta la cessazione di efficacia del contratto 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

L'Assicurato 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 dell'Assicurato, 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 – VINCOLO

L'Assicurato ha facoltà di vincolare il capitale assicurato della garanzia Decesso, o parte di esso, sia in fase di emissione del contratto, sia successivamente dietro comunicazione scritta. Tale atto è efficace quando risulta nell'adesione stessa 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.

Ai sensi dell'art. 55, comma 2, del Regolamento IVASS N. 40 del 2 Agosto 2018, l'intermediario della presente copertura assicurativa non può assumere, direttamente o indirettamente, anche tramite rapporti di gruppo o rapporti di affari, propri o di società del gruppo, la contemporanea qualifica di beneficiario o di vincolatario delle prestazioni assicurative.

ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO

L'Assicurato designa i Beneficiari della garanzia Decesso e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

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

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

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

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

L'Assicurato, 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 suo decesso. Eventuali modifiche o revoche di tale specifica indicazione dovranno essere comunicate per iscritto dall'Assicurato alla Società.

Beneficiario delle garanzie Invalidità permanente totale, Perdita di impiego, Inabilità temporanea totale, Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, è l'Assicurato stesso.

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata previa presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi.

Se l'Assicurato, ad avvenuta stabilizzazione dei postumi, da cui derivi una invalidità permanente indennizzabile, muore per causa indipendente dalla malattia o infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria il capitale assicurato indicato nel modulo di adesione.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento effettuato con visita medico-legale da parte della Società, la Società, paga agli eredi, il capitale assicurato indicato nel modulo di adesione qualora il grado dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi risulti pari o superiore al 60%.

In caso di decesso dell'Assicurato, in assenza di stabilizzazione dei postumi, la Società pagherà ai beneficiari indicati in caso di decesso nel modulo di adesione, il relativo capitale assicurato.

Ai sensi dell'art. 55, comma 2, del Regolamento IVASS N. 40 del 2 Agosto 2018, l'intermediario della presente copertura assicurativa non può assumere, direttamente o indirettamente, anche tramite rapporti di gruppo o rapporti di affari, propri o di società del gruppo, la contemporanea qualifica di beneficiario o di vincolatario delle prestazioni assicurative.

ART. 9 – AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve 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 dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Per maggiori dettagli si rinvia alla specifica sezione.

ART. 10 - VARIAZIONE DELLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE

In caso di variazione dello status lavorativo (così come definito nel Glossario) dichiarato all'emissione del contratto, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il nuovo status lavorativo/occupazione. Per maggiori dettagli si rinvia alla specifica sezione.

ART. 11 - IMPOSTE E ONERI FISCALI

Le imposte relative al presente contratto sono a carico dell'Assicurato.

Le somme corrisposte agli aventi diritto alle prestazioni non sono soggette a tassazione.

ART. 12 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 13 - DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

In caso di disdetta della Convenzione sottoscritta dalla Società e dal Contraente, il contratto cesserà con la Convenzione stessa. Resta salvo il diritto all'indennizzo per gli eventi accaduti durante la validità del contratto che sarà soddisfatto nei tempi e con le modalità previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 14 - 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. 15 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

GARANZIE

ART. 17 – COMBINAZIONI DI GARANZIE IN BASE ALLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE DELL'ASSICURATO

Sulla base dello status lavorativo/occupazionale dichiarato dall'Assicurato alla sottoscrizione del contratto, è predefinita una combinazione di garanzie come di seguito riportato:

STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE DICHIARATO DALL'ASSICURATO	COMBINAZIONE DI GARANZIE
Lavoratore dipendente privato che dichiara di non essere a conoscenza di una prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che possano far prevedere un prossimo stato di disoccupazione.	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Perdita di impiego
Lavoratore autonomo e assimilati.	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
Lavoratore dipendente pubblico	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico
Altro	Decesso Decesso da infortunio stradale Invalidità permanente totale da infortunio o malattia Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico

ART. 18 - DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio o malattia nel corso della durata del contratto, è previsto il pagamento, in favore dei beneficiari designati, del capitale assicurato indicato nel modulo di adesione.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28 e 29.

ART. 19 - DECESSO DA INFORTUNIO STRADALE

Premesso che per infortunio stradale s'intende quell'infortunio:

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici 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;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre o marittimo o aereo.

In caso di decesso dell'Assicurato a causa di infortunio stradale, nel corso della durata del contratto, è previsto il pagamento di un capitale aggiuntivo, in favore dei beneficiari designati, pari a quello assicurato dalla garanzia Decesso **con il limite massimo di 150.000 Euro**.

A titolo esemplificativo, se il capitale assicurato per Decesso è pari a 200.000 Euro, in caso di Decesso da infortunio stradale, la Società liquiderà ai beneficiari designati un importo pari a 350.000 Euro (pari a 200.000 Euro previsti dalla garanzia Decesso e 150.000 Euro della garanzia Decesso da infortunio stradale).

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28 e 29.

ART. 20 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Premesso che per Invalidità totale permanente si intende la perdita, definitiva ed irrimediabile, **in misura pari o superiore al 60%**, della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione esercitata, conseguente a infortunio o malattia, in caso di Invalidità permanente totale dell'Assicurato nel corso della durata del contratto, è prevista la liquidazione in favore dell'Assicurato stesso del capitale assicurato indicato nel modulo di adesione.

Il grado di invalidità permanente è valutato quando le minorazioni risultano stabili e quantificabili, prendendo in considerazione le sole conseguenze dell'infortunio o della malattia occorsa, senza, quindi, tener conto di eventuali invalidità riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti. La valutazione avverrà in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28, 29 e 30.

ART. 21 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di Inabilità temporanea totale al lavoro dell'Assicurato nel corso della durata del contratto, conseguente a infortunio o malattia, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Assicurato, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione.

In particolare sarà corrisposta la mensilità assicurata per ciascun mese solare di inabilità e, per eventuali periodi inferiori al mese solare, il relativo indennizzo è calcolato dividendo la mensilità assicurata per 30 e moltiplicando per i relativi giorni di inabilità.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28, 29, 30, 31 e 32.

ART. 22 - PERDITA DI IMPIEGO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo avvenuto nel corso della durata del contratto, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Assicurato, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione.

In particolare sarà corrisposta la mensilità assicurata per ciascun mese solare di disoccupazione e, per eventuali periodi inferiori al mese solare, il relativo indennizzo è calcolato dividendo la mensilità assicurata per 30 e moltiplicando per i relativi giorni di disoccupazione.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28, 29, 30, 31 e 32.

ART. 23 - RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia, a condizione che rientri nell'Elenco dei Grandi Interventi chirurgici di seguito riportati o ad essi equiparabile per complessità o per tecniche operatorie adottate, la Società procederà alla liquidazione dell'indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata.

In particolare, sarà corrisposta la mensilità assicurata per ciascun mese solare di ricovero e, per eventuali periodi inferiori al mese solare, il relativo indennizzo è calcolato dividendo la mensilità assicurata per 30 e moltiplicando il risultato per i relativi giorni di ricovero.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 28, 29 e 32.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
<p>Cardiochirurgia</p> <ul style="list-style-type: none"> - By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.) - By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.) - Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti - Cisti del cuore o del pericardio - Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per - Fistole arterovenose del polmone, interventi per - Pericardiectomia totale - Reintervento con ripristino di C.E.C. - Sostituzione valvolare singola (C.E.C.) - Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) - Valvuloplastica chirurgica
<p>Chirurgia generale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo - Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava - Colectomia totale (compresa eventuale stomia) - Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia) - Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia - Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia - Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia - Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia - Emicolectomia destra con linfadenectomia - Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia - Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia - Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia - Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia - Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa) - Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per - Gastrectomia parziale con linfadenectomia - Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo) - Megacolon, intervento per (compresa colostomia) - Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per - Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia - Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia) - Pancreatite acuta, interventi demolitivi - Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia - Resezioni epatiche maggiori

- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartoci
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo

- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tickhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascenso cerebrale, apertura per via transmastoidea
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale oradicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con reterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo

Tutti

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 24 – CAPITALI ASSICURABILI

Il capitale assicurabile per la garanzia Decesso può essere scelto tra quelli previsti nella tabella sottostante.

Il capitale assicurato per la garanzia Invalidità permanente totale è automaticamente posto pari a quello della garanzia Decesso.

L'importo della mensilità assicurabile per le garanzie Perdita di impiego, Inabilità temporanea totale e Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico può essere liberamente scelto all'interno dell'intervallo riportato nella tabella sottostante in corrispondenza del capitale assicurato stabilito per la garanzia Decesso.

Capitale Assicurabile	Mensilità assicurabile
50.000,00 Euro	da 200,00 Euro a 1.000,00 Euro
75.000,00 Euro	
100.000,00 Euro	da 200,00 Euro a 1.500,00 Euro
125.000,00 Euro	
150.000,00 Euro	
175.000,00 Euro	
200.000,00 Euro	
225.000,00 Euro	
250.000,00 Euro	

In ogni caso, il cumulo dei capitali già assicurati con la Società in caso di decesso o invalidità totale permanente e del capitale che si intende assicurare con l'adesione alla presente copertura assicurativa non potrà superare i 250.000,00 Euro.

In caso di Assicurato con età all'adesione pari o superiore a 70 anni, il capitale massimo assicurabile sopra detto è ridotto a 75.000,00 Euro.

ART. 25 – DURATA DEL CONTRATTO E DELLE GARANZIE - DISDETTA

La durata del contratto è funzione del tempo che intercorre tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa, quest'ultima convenzionalmente fissata al 1° marzo dell'anno successivo alla decorrenza.

Il contratto viene stipulato con la formula del tacito rinnovo pertanto, **in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente: ad ogni rinnovo la scadenza viene aggiornata al 1° marzo dell'anno successivo.**

La richiesta di disdetta deve essere inviata a:

- **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.**

In caso di contratto con presenza della garanzia Perdita di impiego, tale garanzia cessa automaticamente al termine della annualità in cui l'Assicurato raggiunge i 67 anni salvo comunicazione dello stesso di pensionamento prima di tale data: in tal caso la garanzia cesserà con l'annualità in cui avviene la comunicazione. In ogni caso il contratto rimarrà attivo e verrà rinnovato per le restanti garanzie.

In caso di contratto con presenza Inabilità temporanea, tale garanzia cessa automaticamente al termine della annualità in cui l'Assicurato raggiunge i 70 anni salvo comunicazione dello

stesso di cessazione dell'attività lavorativa prima di tale data: in tal caso la garanzia cesserà con l'annualità in cui avviene la comunicazione. In ogni caso il contratto rimarrà attivo e verrà rinnovato per le restanti garanzie.

In caso di capitale assicurato maggiore di 75.000 Euro, il contratto verrà automaticamente chiuso al raggiungimento dell'età di 70 anni senza possibilità di rinnovo.

L'eventuale liquidazione di un sinistro per invalidità totale e permanente determina la chiusura del contratto e la cessazione di tutte le altre garanzie.

In caso di variazione dello status lavorativo/occupazionale, l'adesione non verrà rinnovata alla successiva scadenza prevista: l'Assicurato potrà sottoscrivere una nuova adesione comunicando, in fase di emissione della stessa, il nuovo status lavorativo/occupazionale.

In caso di apertura o liquidazione di un sinistro per Perdita di Impiego, l'adesione non verrà rinnovata alla successiva scadenza prevista: l'Assicurato potrà sottoscrivere una nuova adesione comunicando, in fase di emissione della stessa, il nuovo status lavorativo/occupazionale.

ART. 26 – ETA'

È assicurabile la persona fisica che

- alla decorrenza del contratto abbia un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a
 - 66 anni in caso di attivazione della garanzia Perdita di impiego,
 - 69 in caso di attivazione della garanzia Inabilità temporanea totale,
 - 74 anni in caso di attivazione della garanzia Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico,
- ai rinnovi annuali successivi abbia un'età non superiore a 74 anni,
- abbia ricevuto consenso della Società alla conclusione del contratto, a seguito della verifica delle dichiarazioni rese nel questionario contenente dichiarazioni sanitarie e, se previste, professionali e sportive, nonché degli eventuali accertamenti sanitari presentati così come previsto al successivo articolo 27.

L'età dell'Assicurato è calcolata al compleanno più prossimo (età anagrafica aumentata di un anno nel caso in cui siano trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno).

ART. 27 – MODALITÀ ASSUNTIVE

In funzione del cumulo dei capitali assicurati con la Società e dell'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, l'Assicurato, nel rispetto della tabella di seguito riportata, dovrà:

- compilare Dichiarazioni sanitarie
- compilare Dichiarazioni sanitarie, professionali, sportive

come di seguito illustrato:

Capitale assicurato(*)	Età dell'Assicurato all'adesione da 18 a 60 anni	Età dell'Assicurato all'adesione da 61 a 74
Fino a € 200.000,00	Dichiarazioni sanitarie	Dichiarazioni sanitarie, professionali, sportive
Oltre € 200.000,00	Dichiarazioni sanitarie, professionali, sportive	Dichiarazioni sanitarie, professionali, sportive

() L'importo del capitale assicurato, da considerare ai fini delle informazioni e degli accertamenti sanitari richiesti, corrisponde al cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di decesso e invalidità totale permanente e del capitale che si intende assicurare per la garanzia Decesso con l'adesione al presente contratto assicurativo.*

La Società ha la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia prevista la sola compilazione delle dichiarazioni sopra menzionate.

Nei casi che prevedono la presentazione di esami ed accertamenti medici, il dettaglio degli stessi è fornito di volta in volta dalla Società.

Qualora dalle risposte rese dall'Assicurato nelle Dichiarazioni sopra dette si renda necessaria la valutazione della Società, oppure nei casi che prevedono, oltre alla compilazione delle Dichiarazioni, la presentazione di esami e accertamenti medici, l'adesione potrà essere perfezionata solo a seguito del parere favorevole della Società e alle condizioni dalla stessa indicate.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 28 - ESCLUSIONI

Le garanzie Decesso, Decesso da infortunio stradale, Invalidità Permanente Totale, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico e Inabilità Temporanea Totale non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle garanzie, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 2) 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;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, delitti dolosi o qualsiasi operazione militare;
- 5) partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile se l'Assicurato
 - raggiunge un Paese dove è in corso una situazione di guerra o similari oppure
 - si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso o l'invalidità totale e permanente si verificano dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo del Contraente, Assicurato o del Beneficiario;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 11) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

Relativamente alle sole garanzie Decesso e Decesso da infortunio stradale, le garanzie non sono inoltre operanti in caso di

- 12) suicidio nel corso dei primi due anni di validità della adesione.

Relativamente alle sole garanzie Invalidità Permanente Totale, Ricovero Ospedaliero per grande intervento chirurgico ed Inabilità Temporanea Totale, le garanzie non sono inoltre operanti per sinistri conseguenti a:

- 13) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 14) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 15) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 16) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 17) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon,

sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee oltre i 20 metri, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;

- 18) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 19) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
- 20) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 21) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

La garanzia Decesso da infortunio stradale non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 22) malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze;
- 23) infarti di ogni tipo.

La garanzia Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

- 24) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 25) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 26) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 27) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 28) la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 29) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 30) se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 31) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
- 32) i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 33) all'atto della sottoscrizione del contratto l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- 34) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- 35) l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego;
- 36) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 29 – CARENZE

- **Decesso**

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni, dalla data di perfezionamento dell'adesione,**
- **per le malattie dal 60° giorno successivo alla data di perfezionamento dell'adesione.**

Qualora l'Assicurato dovesse decedere per causa di malattia nel periodo di carenza, la Società non corrisponderà alcun importo.

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

La Società non applicherà entro i primi 60 giorni dalla conclusione dell'adesione la limitazione sopraindicata e pertanto le suddette garanzie saranno pienamente operanti, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della adesione: 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 dell'adesione.

- **Decesso da infortunio stradale**

Non sono previsti periodi di carenza.

- **Invalidità permanente totale da infortunio o malattia**

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni, dalla data di perfezionamento dell'adesione,**
- **per le malattie dal 60° giorno successivo alla data di perfezionamento dell'adesione.**

- **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni, dalla data di perfezionamento dell'adesione,**
- **per le malattie dal 60° giorno successivo alla data di perfezionamento dell'adesione.**

- **Perdita di impiego**

La garanzia decorre **dal 45° giorno successivo alla data di perfezionamento dell'adesione.**

- **Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico**

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni, dalla data di perfezionamento dell'adesione,**
- **per le malattie dal 90° giorno successivo alla data di perfezionamento dell'adesione.**

ART. 30 – FRANCHIGIE

Vengono di seguito riportate le franchigie previste dal contratto per le sole garanzie interessate.

- **Invalidità permanente totale da infortunio o malattia**

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60%, non sarà riconosciuta alcuna prestazione.

- **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**

Qualora il periodo di inabilità temporanea totale sia di durata pari o inferiore a 30 giorni, non sarà riconosciuta alcuna prestazione.

Qualora il periodo di inabilità temporanea totale sia di durata superiore a 30 giorni, sarà riconosciuto un indennizzo considerando il numero di giorni trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (30 giorni) e la conclusione del periodo di inabilità, fermi i limiti di cui all'articolo 32.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia, fermo restando i limiti di indennizzo di cui all'art. 32.

Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia sopra indicato.

- **Perdita di impiego**

Qualora il periodo di disoccupazione sia di durata pari o inferiore a 30 giorni, non sarà riconosciuta alcuna prestazione.

L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Qualora il periodo di disoccupazione sia di durata superiore a 30 giorni, sarà riconosciuto un indennizzo considerando il numero di giorni trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (30 giorni) e la conclusione del periodo di disoccupazione, fermi i limiti di cui all'articolo 32.

Qualora l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto.

ART. 31 – PERIODI DI RIQUALIFICAZIONE

Vengono di seguito riportati i periodi di riqualificazione previste dal contratto per le sole garanzie interessate.

- **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per inabilità temporanea totale, nessun indennizzo verrà corrisposto, all'interno della stessa annualità assicurativa, per successivi sinistri per inabilità temporanea totale se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni** se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o alla stessa malattia del sinistro precedente.

- **Perdita di impiego**

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Perdita del posto di lavoro, nessun indennizzo verrà corrisposto, all'interno della stessa annualità assicurativa, per successivi sinistri per perdita del posto di lavoro se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione (90 giorni consecutivi)** nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un Lavoratore Dipendente Privato, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto da almeno 90 giorni.

ART. 32 – LIMITI DI INDENNIZZO

Vengono di seguito riportati i limiti di indennizzo previsti dal contratto per le sole garanzie interessate.

- **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**

Qualsiasi indennizzo sarà pagato sulla base della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e per un massimo di 12 mensilità per ciascun sinistro.

- **Perdita di impiego**

Qualsiasi indennizzo sarà pagato sulla base della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e per un massimo di 12 mensilità per ciascun sinistro.

- **Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico**

Qualsiasi indennizzo sarà pagato sulla base della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e per un massimo di 12 mensilità per ciascun sinistro.

* * *

TABELLA RIASSUNTIVA CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI

Garanzie	Carenze	Franchigie	Periodi di riqualificazione	Limiti di indennizzo
Decesso	60 gg se causato da malattia	-	-	-
Decesso da infortunio stradale	-	-	-	-
Invalità permanente totale da infortunio o malattia	60 gg se causata da malattia	60%	-	-
Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia	60 gg se causata da malattia	30 gg	30 gg o 180 per il medesimo sinistro	12 mensilità per ciascun sinistro
Perdita d'impiego	45 gg	30 gg	90 gg	12 mensilità per ciascun sinistro
Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	90 gg	-	-	12 mensilità per ciascun sinistro

PAGAMENTO

33. PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione è prestata dietro pagamento, da parte dell'Assicurato, di un premio, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle garanzie prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse.

Il premio dovuto è determinato in relazione alla durata dell'adesione stessa, all'importo del capitale e della mensilità assicurati, alle garanzie attive, all'età dell'Assicurato, nonché sulla base dello stato di salute dell'Assicurato e delle attività professionali e sportive dallo stesso eventualmente dichiarate e svolte alla data di decorrenza dell'adesione stessa.

Il premio, al netto di diritti, da versare alla sottoscrizione viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento al periodo intercorrente tra la decorrenza dell'adesione e la scadenza della stessa come riportate nel modulo di adesione.

Al termine del suddetto periodo di copertura, il premio verrà calcolato su base annuale: in occasione del rinnovo, il premio relativo alle garanzie Decesso e Invalidità permanente totale è aggiornato in considerazione dell'età raggiunta dall'Assicurato.

La Società ha conferito a Assicura Agenzia s.r.l., di seguito "Contraente", apposito mandato all'incasso del premio di adesione, che verrà addebitato all'Assicurato in forza di autorizzazione, conferita dall'Assicurato stesso al Contraente nel modulo di adesione, a trattenere detta somma dal conto corrente a lui intestato.

I premi di rinnovo verranno addebitati sul conto corrente dell'Assicurato tramite procedura SDD (Sepa Direct Debt).

L'incasso di tali somme da parte del Contraente varranno come pagamento effettuato direttamente alla Società.

Il premio corrisposto dall'Assicurato all'emissione dell'adesione 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.

Se il premio relativo alle annualità successive non viene pagato dall'Assicurato, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza dell'adesione senza che sia avvenuto il pagamento, la copertura assicurativa si risolve di diritto.

L'Assicurato non è tenuto ad alcun versamento alla sottoscrizione di un'eventuale proposta.

Il verificarsi dell'Invalidità Permanente Totale non esime l'Assicurato dalla corresponsione dei premi sino al riconoscimento dello stato di invalidità permanente ai sensi e per gli effetti del presente contratto. La Società si impegna alla restituzione dei premi corrisposti relativi all'annualità successiva alla data in cui l'Assicurato è divenuto invalido.

NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DI STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE

ART. 34 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

In caso di aggravamento del rischio, conseguente a variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato e dichiarate nel questionario completo di cui all'art. 26, l'Assicurato è tenuto a comunicare tempestivamente per iscritto le variazioni intervenute.

La comunicazione deve essere inviata a:

- **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.**

Qualora il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dalla Società al momento della conclusione del contratto e la stessa non avrebbe consentito all'emissione della adesione, la Società può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Spettano alla Società i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

La Società provvederà al rimborso del premio (al netto dei diritti e delle imposte) pagato e non goduto relativo al periodo compreso tra la data di recesso e la scadenza della copertura assicurativa.

Qualora il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dalla Società al momento della conclusione del contratto e la stessa avrebbe consentito all'emissione della adesione per un premio più elevato, la Società, in deroga a quanto previsto dall'art. 1898 del Codice civile, si riserva di verificare le nuove condizioni proponibili valutando l'applicazione di un eventuale sovrappremio professionale/sportivo e dandone comunicazione all'Assicurato che potrà accettare il nuovo premio o recedere dal contratto.

Il recesso eventualmente esercitato dalla Società ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che la stessa non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia dell'eventuale recesso, la Società non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che la stessa non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta e' ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo dell'emissione dello stesso.

ART. 35 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio, conseguente a variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato e dichiarate, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni intervenute.

La comunicazione deve essere inviata a:

- **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.**

La Società verificherà le nuove condizioni proponibili comunicando all'Assicurato il nuovo premio. **L'eventuale variazione del premio avrà effetto a partire dal premio dovuto alla ricorrenza annuale successiva di almeno 60 giorni alla data di comunicazione.**

ART. 36 - VARIAZIONI DELLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE

In caso di variazione dello status lavorativo (così come definito nel Glossario) dichiarato all'emissione del contratto, tale per cui il nuovo status non avrebbe consentito l'attivazione della garanzia attivata tra Perdita di impiego, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico e richiamata nel modulo di adesione, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il nuovo status lavorativo/occupazionale.

La comunicazione deve essere inviata a:

- **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.**

Limitatamente alla garanzia effettivamente attivata tra le suddette e richiamata nel modulo di adesione, in assenza di relativi sinistri liquidati nell'annualità in cui è avvenuta la variazione dello status lavorativo, la Società provvederà alla restituzione del relativo premio (al netto delle imposte) pagato e non goduto, relativo al periodo che intercorre tra la data di comunicazione della variazione dello status lavorativo/occupazionale e la scadenza della copertura.

Esempio

Garanzia attiva: Perdita di impiego

Premio al netto delle imposte: 120,00 Euro

Decorrenza copertura: 15/06/2019

Scadenza copertura: 01/03/2020

Durata copertura (dal 15/06/2019 al 01/03/2020): 256 giorni

Data variazione status: 12/12/2019

Durata residua (dal 12/12/2019 al 01/03/2020): 79 giorni

Sinistri liquidati (nel periodo 15/06/2019 - 12/12/2019): Nessuno

Premio rimborsato al netto delle imposte: $120 \times 79 / 256 = 37$ Euro

In caso di mancata comunicazione della variazione dello status lavorativo la Società non sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo a seguito di un eventuale sinistro e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo che intercorre tra la data di comunicazione del sinistro e la scadenza della copertura.

In caso di variazione dello status lavorativo/occupazionale l'adesione non verrà rinnovata alla scadenza prevista: l'Assicurato potrà sottoscrivere una nuova adesione comunicando, all'emissione della stessa, il nuovo status lavorativo/occupazionale.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 37 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La comunicazione deve essere inviata a:

- **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma.**

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 Decesso:

- 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 l'Aderente:

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.

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

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

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

In caso di Invalidità permanente totale:

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o malattia che ha determinato l'invalidità permanente.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati. L'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato.

In caso di Perdita di impiego (se tale garanzia è esplicitamente richiamata nel modulo di adesione):

- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità, e l'eventuale permanenza in tali liste;

In caso di Inabilità temporanea totale (se tale garanzia è esplicitamente richiamata nel modulo di adesione):

- copia dell'eventuale certificato del Pronto Soccorso o di ricovero in ospedale;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- certificato di attribuzione di partita iva o contratto di lavoro.

In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande intervento chirurgico (se tale garanzia è esplicitamente richiamata nel modulo di adesione):

- copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero;
- documentazione attestante lo status occupazionale.

* * *

La Società si riserva il diritto di richiedere, in aggiunta a quanto sopra indicato, direttamente all'Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro.

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 dell'adesione se il Beneficiario intende far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della stessa, oppure venga contestata l'autenticità dell'adesione o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

ART. 38 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La Società, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione, quantificato l'importo dovuto, provvede al pagamento delle somme dovute entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

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.

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata previa presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi.

Se l'Assicurato, ad avvenuta stabilizzazione dei postumi, da cui derivi una invalidità permanente indennizzabile, muore per causa indipendente dalla malattia o infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria il capitale assicurato indicato nel modulo di adesione.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento effettuato con visita medico-legale da parte della Società, la Società, paga agli eredi, il capitale assicurato indicato nel modulo di adesione qualora il grado dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi risulti pari o superiore al 60%.

In caso di decesso dell'Assicurato, in assenza di stabilizzazione dei postumi, la Società pagherà ai beneficiari indicati in caso di decesso nel modulo di adesione, il relativo capitale assicurato.

Relativamente alla liquidazione delle prestazioni assicurate di cui agli artt. 21, 22 e 23, la Società procederà alla liquidazione dei relativi indennizzi con cadenza trimestrale, tuttavia l'Assicurato potrà chiedere che la liquidazione sia effettuata mensilmente.

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, per quanto attiene la garanzia Decesso, in due anni per le restanti garanzie (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. 39 - CONTROVERSIE

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

Qualora tra l'Assicurato e la Società che presta la specifica copertura insorgano eventuali controversie sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sul grado di Invalidità Permanente Totale, la decisione della controversia può essere demandata, su accordo delle Parti,

ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

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

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

ART. 40 - 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. 220443 Ed. 01/2024

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 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



COPERTURA ASSICURATIVA MULTIRISCHI MONOANNUALE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA

DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ **STIPULATA TRA Assicura Agenzia s.r.l. E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA**

Collocatore: ____/____/____

DECORRENZA: ore 24:00 del _____ **SCADENZA:** ore 24:00 del _____ **DURATA:** Anni ____ Mesi ____ Giorni ____

CONTRATTO EMESSO CON TACITO RINNOVO

CONVENZIONE: _____

ASSICURATO/ADERENTE

COGNOME E NOME:

DOMICILIO:

NATO A:

PROFESSIONE: /

DOC. TIPO: /

STATO CIVILE:

CAP:

IL:

ENTE E LUOGO RILASCIO:

SESSO:

LOCALITA':

CODICE FISCALE:

DATA RILASCIO:

PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA: NO SI

BENEFICIARI

In caso di Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia dell'Assicurato: L'ASSICURATO STESSO

In caso di Perdita di impiego dell'Assicurato: L'ASSICURATO STESSO

In caso di Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico dell'Assicurato: L'ASSICURATO STESSO

In caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia dell'Assicurato: L'ASSICURATO STESSO

In caso di Decesso / Decesso da infortunio stradale dell'Assicurato: _____

In assenza indicazione del Beneficiario in forma nominativa, in caso di decesso dell'Assicurato la Società potrà incontrare al momento del verificarsi dell'evento, difficoltà a identificare e a ricercare i soggetti destinatari della prestazione. Le modifiche o revoche dei beneficiari devono essere comunicate tempestivamente alla Società.

L'aderente richiede espressamente di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento, secondo le vigenti disposizioni normative

Ai sensi dell'art. 55, comma 2, del Regolamento IVASS N. 40 del 2 Agosto 2018, l'intermediario della presente copertura assicurativa non può assumere, direttamente o indirettamente, anche tramite rapporti di gruppo o rapporti di affari, propri o di società del gruppo, la contemporanea qualifica di beneficiario o di vincolatario delle prestazioni assicurative.

Referente terzo in caso di decesso dell'Assicurato: _____

DATI DELL'ADESIONE
ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ STIPULATA TRA _____ E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA

GARANZIE ATTIVATE	CAPITALE ASSICURATO / MENSILITÀ ASSICURATA
DECESSO	XXX.XXX,XX Euro
DECESSO DA INFORTUNIO STRADALE	XXX.XXX,XX Euro
INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA	XXX.XXX,XX Euro
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	
PERDITA DI IMPIEGO	XXX.XXX,XX Euro
RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	

PREMI	
Premio lordo alla firma: (*) Euro _____	
di cui:	
- Premio netto della garanzia: Decesso	Euro _____
- Premio netto della garanzia: Decesso da infortunio stradale	Euro _____
- Premio netto della garanzia: Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia	Euro _____
- Premio netto della garanzia: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia	Euro _____
- Premio netto della garanzia: Perdita di Impiego	Euro _____
- Premio netto della garanzia: Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	Euro _____
- Imposte:	Euro _____
- Diritti:	Euro _____
(*) In occasione dei rinnovi annuali, il premio relativo alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente Totale verrà aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato.	

MODALITÀ DI PAGAMENTO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Assicurato/Aderente, all'atto della sottoscrizione dell'adesione, di un premio, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle garanzie prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse. Il sottoscritto xxxxxxxxxx in qualità di Assicurato/Aderente della presente adesione, autorizza Assicura Agenzia s.r.l. a trattenere la somma di euro xxxxxxxxxx quale premio di emissione, dal proprio conto corrente IBAN xxxxxxxxxx prendendo atto che tale trattenuta varrà come pagamento del premio in favore di Groupama Assicurazioni S.p.A. che a tal fine ha conferito ad Assicura Agenzia s.r.l. apposito mandato all'incasso.

I premi da corrispondere in occasione dei rinnovi annuali, verranno addebitati sul conto corrente sopra indicato tramite procedura SDD. L'incasso di tali somme da parte di Assicura Agenzia s.r.l. varrà come pagamento effettuato direttamente a Groupama Assicurazioni S.p.A. .

Il premio corrisposto dall'Assicurato all'emissione della presente adesione 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.

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.

L'ASSICURATO/ADERENTE

DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ **STIPULATA TRA** _____ **E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA**

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, consapevole che le presenti dichiarazioni formano parte integrante del contratto e che le notizie fornite sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione dell'adesione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, dichiara:

1a) Indicare valore altezza: cm _____

1b) Indicare valore peso: Kg _____

2) Soffre o ha sofferto di malattie ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

- *quali?*.....

- *quando?*.....

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

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

- *quali?*.....

- *quando?*.....

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

(non indicare i ricoveri avvenuti per: appendicectomia, tonsillectomia, 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)

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

NO SI

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

NO SI

Indicare il farmaco, e il periodo di assunzione:

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

- *quali?*.....

- *quando?*.....

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

NO SI

7b) In caso affermativo, in media, attualmente, fuma più di 20 sigarette al giorno?

NO SI

8) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?

NO SI

9) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?

NO SI

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

NO SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

L'ASSICURATO



DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ STIPULATA TRA _____ E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA

DICHIARAZIONI PROFESSIONALI, SPORTIVE E SANITARIE DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, consapevole che le presenti dichiarazioni formano parte integrante del contratto e che le notizie fornite sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione dell'adesione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, dichiara:

1) Ha in corso polizze vita con copertura caso morte presso altre Compagnie di Assicurazione?

NO SI

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

2) Nella sua attività professionale, opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi?

NO SI

3) Nella sua attività professionale utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive, oppure opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere, in cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche?

NO SI

4) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (rispondere anche se si tratta di attività sportive rientranti nelle categorie indicate)

NO SI

-quali?.....

5) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti?

NO SI

- quali?.....

6) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse (escluse le nazioni appartenenti all'Unione Europea, Australia, Canada, Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda)

NO SI

- dove?.....

- per quali motivi?.....

- qual è il periodo di permanenza medio?.....

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate?

NO SI

Alpinismo fino al 4° grado con guida alpina, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli.

8) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate?

NO SI

Speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli.

9) Si dedica ad attività sportive aeree o aeronautiche in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.)?

NO SI

- quali?.....

10) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti?

NO SI

- quali?.....

11a) Indicare valore altezza: cm _____

11b) Indicare valore peso: Kg _____

12) Soffre o ha sofferto di malattie ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

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

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

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

15a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?

NO SI

15b) In caso affermativo indicare se i valori della pressione si sono normalizzati:

NO SI

Indicare il farmaco, e il periodo di assunzione:

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

NO SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

17a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)?

NO SI

17b) In caso affermativo, in media, attualmente, fuma più di 20 sigarette al giorno?

NO SI

18) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?

NO SI

19) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?

NO SI

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

NO SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

L'ASSICURATO

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 (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti). 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.

DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ **STIPULATA TRA** _____ **E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA**

DICHIARAZIONI SULLO STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, sulla base delle definizioni contenute nel Set Informativo Mod. 220443C e sotto richiamate, dichiara che il suo status lavorativo/occupazionale è:

Lavoratore Dipendente Pubblico (*)

Lavoratore Dipendente Privato ()**

È a conoscenza di una prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che possano far prevedere un prossimo stato di disoccupazione? **Si** **No**

Lavoratore Autonomo o assimilato (ad es. "lavoratori occasionali", collaboratori coordinati e continuativi, lavoro intermittente) (*)**

Altro (**)**

(*) *Lavoratore dipendente con contratto di lavoro del pubblico impiego.*

(**) *Persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria (esclusi i soggetti assimilati a Lavoratore Autonomo) alle dipendenze di altri in forza di un contratto di lavoro subordinato - non del Pubblico Impiego - a tempo indeterminato o determinato, che non lavori in un'impresa familiare e che abbia un contratto regolato dalla Legge Italiana comportante un obbligo di prestazione contrattuale non inferiore a 16 ore settimanali. Sono equiparati a Lavoratore dipendente privato gli apprendisti, i soci di cooperative, il personale artistico.*

(***) *Persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione da cui risulta la percezione di uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, N. 917 e successive modifiche o la percezione di reddito derivante dalla partecipazione in società di persone.*

(****) *Persona fisica non rientrante nelle categorie di Lavoratore Autonomo, Lavoratore dipendente pubblico, Lavoratore dipendente privato così come definite nelle Condizioni di Assicurazione. A titolo esemplificativo, rientrano in tale categoria i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i lavoratori dipendenti con prestazione contrattuale inferiore a 16 ore settimanali, i lavoratori stagionali, i lavoratori dipendenti che lavorano in un'impresa familiare, i lavoratori dipendenti privati con contratto non regolato dalla legge italiana.*

L'ASSICURATO

DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____

ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ **STIPULATA TRA** _____ **E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA**

DIRITTO DI RECESSO

Una volta concluso il contratto, l'Assicurato può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- **l'Assicurato 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:**
 - **Assicura Agenzia s.r.l. - Via Verzegnis 15, 33100 Udine (UD), o, in subordine a**
 - **Groupama Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese n°385 - 00144 Roma;**
- **la richiesta 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 all'Assicurato il premio da questi corrisposto al netto dei diritti specificati nel modulo di adesione e delle imposte.

Il recesso comporta la cessazione di efficacia del contratto e delle garanzie assicurative.

DICHIARAZIONI 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. Entro determinati importi di capitale ed entro determinate età, è possibile limitarsi alla compilazione di un questionario contenente dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie; a tal proposito, si richiama l'attenzione 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 delle dichiarazioni sanitarie e, ove previsto, di quelle professionali e sportive, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;**
- 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 (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti).**

L'Assicurato

- 1) **dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari della presente adesione e degli altri documenti;**
- 2) **conferma che tutte le dichiarazioni e risposte rese sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto, ne assume la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le sue indicazioni;**
- 3) **riconosce che il consenso al contratto da parte della Società è basato anche sulla veridicità delle dichiarazioni rese;**
- 4) **si obbliga a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta;**
- 5) **dichiara 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 C.C., di acconsentire esplicitamente alla conclusione dell'assicurazione sulla sua vita e di aderire, in qualità di Assicurato/Aderente, alla Polizza collettiva sopra indicata.

L'ASSICURATO

DATI DELL'ADESIONE

ADESIONE N° _____
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N° _____ STIPULATA TRA _____ E GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA

L'Assicurato/Aderente, dichiara altresì

- **di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, il Set Informativo Modello 220423C composto da: DIP – Documento Informativo Precontrattuale Danni (Mod. 220443D Ed. 01/2024) e Vita (Mod. 220443DV Ed. 01/2024), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220443DA Ed. Ed. 01/2024), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 220443 Ed. 01/2024), Modulo di Adesione (Mod. 220443A Ed. 01/2024) ed di aver preso atto di quanto in essi contenuto;**
- **Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 cc, di aver preso atto e di accettare i seguenti articoli delle condizioni di assicurazione: art. 25 – Durata del contratto e delle garanzie - disdetta; art. 28 – Esclusioni; art. 29 – Carenze; art. 30 Franchigie; art. 31 – Periodi di riqualificazione; art. 32 – Limiti di indennizzo; art. 33 – Pagamento del premio; art. 40 – clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (sanction limitation and exclusion clause).**

L'ASSICURATO/ADERENTE

Confermo di aver identificato personalmente l'Assicurato/Aderente firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs 231/2007.

Attesto che sul presente modulo firmato dall'Assicurato/Aderente, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

DATA E LUOGO

L'ACQUISITORE

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.

Mod. 220443A Ed. 01/2024

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 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

