



Assicurazioni



Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Scheda Sintetica
- Nota Informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario
- Modulo di proposta

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Via Massimi, 158 - 00136 Roma - Tel. 06 3018.1

Fax 06 3018.3382 - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 142.570.800 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



SCHEMA SINTETICA

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

La presente Scheda Sintetica non sostituisce la Nota Informativa. Essa mira a dare al contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto.

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

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

1.b) Denominazione del contratto

Il contratto in oggetto è denominato "mente serena plus".

1.c) Tipologia del contratto

Assicurazione temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti.

1.d) Durata

La durata del contratto può essere fissata tra un minimo di 1 ad un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non ecceda i 75 anni. In presenza di garanzie complementari l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non deve superare i 65 anni.

1.e) Premi

A fronte delle prestazioni assicurate sono dovuti dei premi annui costanti per l'intera durata contrattuale, ma non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. I premi annui possono essere corrisposti anche in rate frazionate (semestrali), previa applicazione di un'addizionale di frazionamento. Il premio annuo minimo è fissato nella misura di 75,00 euro.

2. Caratteristiche del contratto

Il contratto è rivolto a coloro che, avendo soggetti da tutelare, intendono premunirsi, in caso di premorienza, mediante un'opportuna copertura assicurativa.

A tal fine, l'intero premio corrisposto viene utilizzato dall'impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità).

3. Prestazioni assicurate e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazioni in caso di vita

Il presente contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato.

b) Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale.

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

c.1) Garanzia complementare infortuni

In caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio o di sua invalidità totale e permanente prima della scadenza prevista, viene corrisposto, un capitale aggiuntivo, raddoppiato in caso di infortunio automobilistico.

c.2) Garanzia complementare beneficio orfani

In caso di decesso del coniuge dell'Assicurato, successivamente o contemporaneamente a quello dell'Assicurato e comunque entro la scadenza prevista, verrà corrisposto un capitale aggiuntivo ai figli della coppia in parti uguali.

d) **Opzioni contrattuali**

Il presente contratto non prevede opzioni.

In caso di sospensione dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla sezione B, in ogni caso le coperture assicurative sono regolate dalle Condizioni di Assicurazione.

4. Diritto di ripensamento

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore delegato

Pierre Paul Lefèvre



NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa, **di cui si raccomanda l'attenta e integrale lettura prima della sottoscrizione del contratto**, vuole contribuire a fare conoscere in modo corretto e completo le principali caratteristiche di "mente serena plus".

La stessa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SU SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. è una Società per Azioni, con sede legale in Italia, in Via Massimi, 158 - 00136 Roma, telefono 06 3018.1, sito internet <http://www.groupama.it>, e-mail: info@groupama.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. La Società è soggetta a direzione e coordinamento di Groupama SA, Socio Unico. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni e vita con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

L'attività svolta dalla Società è sottoposta alla revisione di un'apposita società denominata Mazars SpA, avente sede legale a Milano, Corso di Porta Vigentina, 35.

2. Conflitto di interessi

Non sono state individuate occasioni in cui la Società, nella commercializzazione del presente prodotto, possa operare direttamente o indirettamente in una situazione di conflitto di interesse. In ogni caso la Società, pur in presenza del conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto, ossia il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative, deve essere stabilita in relazione alle necessità dell'Assicurato, compatibilmente con la sua età. La durata può essere fissata tra un minimo di 1 ad un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non ecceda i 75 anni. In presenza di garanzie complementari l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non deve superare i 65 anni.

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento immediato, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato, che resterà costante per tutta la durata contrattuale.

GARANZIE COMPLEMENTARI (solo se espressamente richiamate nel contratto)

Le garanzie complementari sono applicabili alle sole forme assicurative a premi annui per le quali l'età dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale non eccede i 65 anni.

Garanzia complementare infortuni

In caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio o di sua invalidità totale e permanente prima della scadenza prevista, verrà corrisposto un capitale aggiuntivo, raddoppiato in caso di infortunio automobilistico.

Garanzia complementare beneficio orfani

In caso di decesso del coniuge dell'Assicurato, successivamente o contemporaneamente a quello dell'Assicurato e comunque entro la scadenza prevista, verrà corrisposto un capitale aggiuntivo ai figli della coppia in parti uguali.

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

E' possibile, entro determinati importi di capitale ed entro certi limiti di età, limitarsi alla compilazione di un questionario anamnestico; **tuttavia in tal caso l'efficacia della garanzia risulterà sospesa per un certo periodo di tempo e per alcune patologie, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.**

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

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

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

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

4. Premi

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo costante anticipato, pagabile per il periodo pattuito e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione del numero e dell'entità delle garanzie prestate, della durata del contratto, dell'età e del sesso dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte, dello stato di fumatore/non fumatore.

Il premio annuo minimo è fissato nella misura di 75,00 euro.

Il premio annuo può essere corrisposto in rate annuali o frazionate (semestrali), in quest'ultimo caso è prevista una maggiorazione di costo del 2,0%, per tener conto del ridotto flusso dei premi alla Società. Non è previsto alcun versamento a carico del Contraente alla sottoscrizione della proposta.

In caso di sospensione del pagamento dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto, con conseguente perdita dei premi già corrisposti.

I premi annui dovranno essere corrisposti mediante bonifico bancario a favore di Groupama Assicurazioni S.p.A. sul conto corrente n° 4953304 – ABI 03226 – CAB 03200 - IBAN: IT 84 G 03226 03200 000004953304 acceso presso UNICREDIT BANCA D'IMPRESA, Filiale 06824 – Roma Eur 1,

con la seguente motivazione: “**Agenzia** (riportare il codice agenzia dove è stato sottoscritto il contratto) – **Polizza vita n°** (riportare il numero di polizza) – **Rata MM/AA** (riportare il mese e anno di scadenza della quietanza) – **Contraente** (riportare il Cognome ed il Nome del Contraente)”.

In caso di premi inferiori a 15.000,00 Euro, l’importo potrà essere corrisposto direttamente all’Agenzia presso la quale è gestito il contratto tramite assegno bancario o assegno circolare.

I premi corrisposti dal Contraente, vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. “salvo buon fine” degli stessi.

Di seguito sono riportate alcune esemplificazioni relative al premio richiesto per assicurare il rischio di morte dell’Assicurato, in corrispondenza di determinate combinazioni di età, sesso, durata e capitale assicurato, e distinguendo i casi di assicurato fumatore e non fumatore.

Gli importi dei premi indicati nelle tabelle non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti alla professione, allo stato di salute o ad eventuali attività sportive praticate dall’Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l’assicurando abbia reso le necessarie informazioni attraverso la compilazione della proposta di assicurazione e del questionario sanitario, o in sede di visita medica. Dette valutazioni potrebbero anche comportare un aumento del premio (sovrappremio).

Gli importi dei premi indicati sono relativi alla sola copertura del rischio morte e non tengono conto di eventuali garanzie complementari.

I premi indicati sono comprensivi del diritto fisso di quietanza di Euro 2,00.

*Temporanea caso morte a capitale e premi annui costanti
Importi di premio*

Capitale assicurato: Euro 50.000

Assicurato: Maschio – Non fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	-	-	78,00
35	-	72,00	87,00	111,00
40	83,00	101,00	128,00	169,00
45	123,00	155,00	200,00	266,00
50	198,00	255,00	328,00	424,00

Capitale assicurato: Euro 50.000

Assicurato : Maschio – Fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	73,00	84,00	99,00
35	81,00	94,00	113,00	142,00
40	105,00	129,00	164,00	213,00
45	157,00	200,00	260,00	337,00
50	249,00	323,00	416,00	539,00

Capitale assicurato: Euro 100.000

Assicurato: Maschio – Non fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	99,00	109,00	120,00	144,00
35	113,00	132,00	161,00	209,00
40	153,00	190,00	243,00	326,00
45	233,00	298,00	388,00	520,00
50	383,00	498,00	644,00	836,00

Capitale assicurato: Euro 100.000

Assicurato : Maschio – Fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	122,00	134,00	155,00	186,00
35	149,00	175,00	214,00	272,00
40	198,00	246,00	316,00	413,00
45	302,00	388,00	507,00	661,00
50	486,00	633,00	820,00	1.065,00

Capitale assicurato: Euro 200.000

Assicurato: Maschio – Non fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	186,00	206,00	228,00	276,00
35	214,00	252,00	310,00	406,00
40	294,00	368,00	474,00	640,00
45	454,00	584,00	764,00	1.028,00
50	754,00	984,00	1.276,00	1.660,00

Capitale assicurato: Euro 50.000

Assicurato: Femmina – Non fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	-	-	-
35	-	-	-	-
40	-	-	81,00	102,00
45	79,00	98,00	122,00	150,00
50	119,00	148,00	180,00	228,00

Capitale assicurato: Euro 100.000

Assicurato: Femmina – Non fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	-	-	83,00
35	-	82,00	99,00	125,00
40	95,00	119,00	150,00	191,00
45	146,00	184,00	232,00	287,00
50	226,00	284,00	348,00	443,00

Capitale assicurato: Euro 200.000

Assicurato: Femmina – Non fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	86,00	104,00	122,00	154,00
35	124,00	152,00	186,00	238,00
40	178,00	226,00	288,00	370,00
45	280,00	356,00	452,00	562,00
50	440,00	556,00	684,00	874,00

Capitale assicurato: Euro 200.000

Assicurato : Maschio – Fumatore

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	232,00	256,00	298,00	360,00
35	286,00	338,00	416,00	532,00
40	384,00	480,00	620,00	814,00
45	592,00	764,00	1.002,00	1.310,00
50	960,00	1.254,00	1.628,00	2.118,00

Capitale assicurato: Euro 50.000

Assicurato: Femmina – Fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	-	-	-
35	-	-	-	84,00
40	-	78,00	97,00	122,00
45	95,00	118,00	147,00	181,00
50	144,00	179,00	218,00	276,00

Capitale assicurato: Euro 100.000

Assicurato: Femmina – Fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	-	-	82,00	102,00
35	80,00	97,00	122,00	155,00
40	114,00	143,00	181,00	231,00
45	177,00	223,00	282,00	349,00
50	275,00	346,00	424,00	540,00

Capitale assicurato: Euro 200.000

Assicurato: Femmina – Fumatrice

Età	Durata (anni)			
	5	10	15	20
30	102,00	124,00	152,00	192,00
35	148,00	182,00	232,00	298,00
40	216,00	274,00	350,00	450,00
45	342,00	434,00	552,00	686,00
50	538,00	680,00	836,00	1.068,00

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

Il presente contratto, come illustrato al precedente art. 3, riconosce, al verificarsi dell'evento assicurato, una prestazione costante per tutta la durata contrattuale, di conseguenza, non è prevista alcuna modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili.

6. Opzioni di contratto

Il presente contratto non prevede opzioni.

C. INFORMAZIONI SU SCONTI E REGIME FISCALE

7. Misure e modalità di eventuali sconti

Il presente contratto non prevede sconti sui premi

8. Regime fiscale applicabile

Imposta sui premi ()*

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

Detraibilità fiscale dei premi ()*

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 245,32 Euro, che corrisponde all'importo di 1.291,14 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%.

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

Tassazione delle somme assicurate ()*

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

I capitali comunque corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

() Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente nota.*

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

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

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

oppure

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

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

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

10. Risoluzione del contratto e sospensione dei premi

Il premio del primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.

A partire dal secondo anno è facoltà del Contraente interrompere il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la risoluzione del contratto, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

Entro sei mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha il diritto di riattivare l'assicurazione, dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio legale di interesse.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata insoluta, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda della Contraente e accettazione scritta della Società, ed è subordinata a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

Trascorsi 24 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione non può più essere riattivata.

11. Riscatto e riduzione

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

12. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via Massimi, 158 – 00136 Roma. A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

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

13. Diritto di recesso

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via Massimi, 158 – 00136 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 comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di emissione) di 2,0 Euro specificati in polizza e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

14. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo e ad individuare gli aventi diritto. L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art.18 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la documentazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la

liquidazione della prestazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Si precisa che i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

15. Legge applicabile al contratto

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

Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Diritto proprio del Beneficiario

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

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e ogni documento ad esso allegato vengono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Via Massimi n°158 - 00136 Roma - fax: 06 80210979 - E-mail: reclami@groupama.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06 421331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. 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.

18. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni intervenute, rispetto a quanto riportato nella presente Nota Informativa, anche se dovute a modifiche della normativa, successive alla conclusione del contratto.

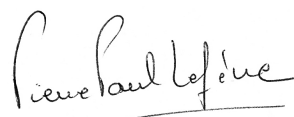
19. Comunicazioni del contraente alla Società

Al presente contratto non si applica il disposto dell'art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società.

◇◇◇◇◇

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore delegato
Pierre Paul Lefèvre



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Premessa

Il Contratto è disciplinato dalle:

- Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nel documento di polizza, comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Art. 1 - Obblighi della Società

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

Art. 2- Prestazioni Assicurate

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

La durata del contratto può essere fissata tra un minimo di 1 ad un massimo di 20 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non ecceda i 75 anni. In presenza di garanzie complementari l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non deve superare i 65 anni.

Art. 3 - Conclusione ed efficacia del contratto

Il contratto si considera concluso nel momento in cui:

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

oppure

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

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

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

Art. 4 - Rischio di morte (esclusioni dalla garanzia assicurativa)

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

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;

- attività professionale che comporti una maggiorazione di rischio e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione, non venga dichiarata dall'Assicurato;
- attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio e non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

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

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti agli Artt. 5 e 6, qualora essi siano espressamente richiamati nel contratto

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

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

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

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della polizza stessa, l'applicazione del periodo di carenza avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di conclusione delle polizze sostituite.

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

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

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

Resta infine convenuto che anche per questa limitazione si applica quanto stabilito nel precedente terzo comma qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, producendo gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio morte in relazione alla somma assicurata, ma si sia rifiutato di eseguire gli esami clinici per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle condizioni contrattuali, rimane convenuto che se il

decesso dell'Assicurato avviene entro i primi 7 anni dalla conclusione della polizza ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della polizza stessa, l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di conclusione delle polizze sostituite.

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Art. 8 - Diritto di revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via Massimi, 158 – 00136 Roma. A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta.

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

Art. 9 - Diritto di recesso del Contraente

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via Massimi, 158 – 00136 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 comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte sul premio (se è prevista la garanzia complementare infortuni), delle spese di emissione polizza (diritti di emissione) di 2,0 specificati in polizza e delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

Art. 10 – Premi annui costanti

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

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

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

I premi corrisposti vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine" degli stessi. Il premio annuo minimo è fissato nella misura di 75,00 euro.

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

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di 2,0 euro.

Art. 11 - Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione

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

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

Art. 12 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

Entro sei mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, il Contraente ha il diritto di riattivare l'assicurazione, dietro pagamento di tutti gli arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio legale di interesse.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata insoluta, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda della Contraente e accettazione scritta della Società, ed è subordinata a risultato soddisfacente, ad esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

Trascorsi 24 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione non può più essere riattivata.

Art. 13 – Cessione, pegno, vincolo e beneficiari

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

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

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

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

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

Art. 14 – Definizione di Non - fumatore

E' definito Non - fumatore il soggetto che non ha mai fumato nel corso dei 12 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e che non abbia intenzione di fumare in futuro. Lo stato di non fumatore deve risultare dalle dichiarazioni rese dall'Assicurato nella Proposta di Assicurazione.

Art. 15 – Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare la Società, a mezzo lettera raccomandata, nel caso di modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuto nel corso della durata del contratto.

Art. 16 – Passaggio da stato di Non – fumatore a Fumatore

Se l'Assicurato dichiaratosi Non – fumatore inizia o riprende a fumare, deve darne comunicazione entro il termine di trenta giorni alla Società, la quale provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto, per Assicurati fumatori per garantire il capitale assicurato, determinato in base all'età ed alla durata fissate alla decorrenza del contratto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

In caso di mancata comunicazione del cambiamento di comportamento tabagico dell'Assicurato, la Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del C.C., può rivalersi riducendo la somma dovuta in caso di sinistro in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 17 – Passaggio da stato di Fumatore a Non – fumatore

Se l'assicurato dichiaratosi Fumatore smette di fumare, deve darne comunicazione alla Società trascorso il termine di dodici mesi dalla data in cui ha fumato l'ultima sigaretta allegando una dichiarazione del medico di famiglia attestante che l'Assicurato ha smesso di fumare.

La Società provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto, per Assicurati non fumatori per garantire il capitale assicurato, determinato in base all'età ed alla durata fissate alla decorrenza del contratto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

Art. 18 - Pagamenti della Società

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

In caso di morte:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto:

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

originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.

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

In assenza di testamento, oppure in caso di designazione beneficiaria attribuita in polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari", l'atto di notorietà/dichiarazione sostitutiva deve contenere, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

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

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

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

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

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

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

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

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

La Società, una volta ricevuta la documentazione suddetta, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione.

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

Art. 19 – Duplicato di polizza

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

Art. 20 –Tasse e imposte

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

Art. 21 - 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.

GARANZIE COMPLEMENTARI PER ASSICURAZIONI A PREMI ANNUI (Se richiamante esplicitamente nel documento contrattuale)

GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

Art. 1 – Prestazioni assicurate

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio o di sua invalidità permanente prima del termine dei premi annui, eventi definiti ai successivi artt. 2 e 3, viene corrisposto un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato dalla componente assicurativa della garanzia base; il capitale aggiuntivo viene raddoppiato in caso di infortunio automobilistico, come definito al successivo art. 2.

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

La prestazione a seguito del decesso dell'Assicurato per infortunio, viene corrisposta ai Beneficiari caso morte indicati in polizza, la prestazione a seguito del riconoscimento dell'invalidità permanente viene, invece, corrisposta all'Assicurato stesso. La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 2 - Definizione di infortunio

L'Assicurato s'intende deceduto per infortunio qualora la sua morte sia conseguenza di lesioni corporali di qualsiasi natura, prodotte da cause indipendenti dalla sua volontà, violente ed esterne, a condizione che il decesso sopravvenga entro 365 giorni dal prodursi delle lesioni stesse. L'Assicurato s'intende deceduto per infortunio automobilistico allorché l'infortunio che ha causato la sua morte sia dipeso direttamente da un incidente derivante dalla circolazione di autoveicoli.

Art. 3 – Definizione dell'invalidità permanente

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

Art. 4 – Esclusioni di garanzia

E' escluso dalla garanzia assicurativa complementare il decesso causato dalle stesse cause per le quali l'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione della Garanzia base esclude la copertura del rischio morte. Sono inoltre esclusi dalla garanzia i casi di invalidità permanente dovuti alle stesse cause per le quali gli artt. 4, 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione della Garanzia base escludono la copertura del rischio morte.

Art. 5 – Limitazioni di garanzia

Le prestazioni della garanzia complementare sono esplicitamente limitate:

- a) in relazione all'età dell'Assicurato: il contratto deve considerarsi privo di effetto dal giorno in cui l'Assicurato raggiunge il 65° anno di età.
- b) in relazione agli obblighi militari dell'Assicurato: gli effetti del contratto rimangono sospesi, in tempo di guerra, per tutta la durata del servizio alle armi.
- c) in relazione all'accertamento del diritto alle prestazioni: nel verificarsi di eventi che possano rendere operanti le garanzie del contratto, l'adempimento delle prestazioni quivi stabilite è subordinato alla presentazione da parte degli aventi diritto dei documenti, delle testimonianze e delle attestazioni mediche comprovanti l'invalidità permanente o il decesso e che ne chiariscano le circostanze e ne dimostrino le cause.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

Art. 7 – Rescissione e limiti di età

L'assicurazione Complementare si intende rescissa nei seguenti casi:

- sull'assicurazione principale cessa per qualsivoglia motivo la corresponsione dei premi;
- l'Assicurato soffre di infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniache depressive e stati di oppressione), oppure al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso delle rate scadute, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

Art. 8 – Scioglimento del contratto

La morte dell'Assicurato o l'accertamento della sua invalidità permanente comportano lo scioglimento del contratto.

Art. 9 – Pagamento dei premi al verificarsi dell'infortunio o delle malattie invalidanti

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

Art. 10 – Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto dovranno inviare alla Direzione Generale della Società la denuncia dei sinistri che possano rendere operanti le garanzie della presente complementare, mediante lettera raccomandata. In caso di morte l'avviso dovrà essere inviato (salvo casi fortuiti o di forza maggiore) entro 30 giorni dal decesso. L'Assicurato o gli aventi diritto sono inoltre obbligati, su richiesta della Società, a rendere con verità ed esattezza tutte le dichiarazioni, a fornire tutte le prove e consentire tutti gli accertamenti che dalla Società stessa siano ritenuti necessari per stabilire le cause e gli effetti della malattia o delle lesioni fisiche che hanno prodotto l'invalidità permanente oppure la morte dell'Assicurato, tutto ciò sotto pena di perdere il diritto alle prestazioni. L'impiego di documenti o di altri mezzi scientemente falsi, l'uso di raggiri ed artifizii e qualsiasi reticenza nella denuncia di un sinistro, allo scopo di esagerarne o mascherarne le cause o di falsarne le conseguenze, comporta di pieno diritto la risoluzione del contratto.

Art. 11 – Riconoscimento dell'invalidità permanente o dell'infortunio

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

Art. 12 – Controversie e Collegio Arbitrale

In caso di disaccordo sul riconoscimento dell'invalidità permanente o della causale infortunistica della morte, l'Assicurato o gli aventi diritto hanno facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto di tre medici, di

cui uno nominato dalla Società, l'altro dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo la scelta del terzo arbitro sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore, senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di parti contrattuali.

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

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

Art. 13 – Richiamo alle disposizioni di legge

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

GARANZIA COMPLEMENTARE “BENEFICIO ORFANI”

Art. 1 - Prestazioni Assicurate

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

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

Le prestazioni assicurate dalla garanzia complementare Beneficio Orfani non possono essere cumulate con quelle delle garanzie complementari infortuni, di invalidità permanente o malattia grave.

Art. 2 - Beneficiari e premi

Per la presente garanzia resta convenuto che:

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

Art. 3 – Esclusioni e limiti di garanzia

Alla presente garanzia si applicano i limiti di copertura previsti agli artt. 4, 5 e 6 delle Condizioni di Assicurazione della Garanzia base. La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

Art. 4 - Rescissione e limiti di età

L'assicurazione Complementare si intende rescissa quando sull'assicurazione principale cessa, per qualsivoglia motivo, la corresponsione dei premi, o al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni.

GLOSSARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

Compagnia: vedi "società".

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

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

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

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

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

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

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

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di

stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impignorabilità e insequestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dalla società al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Impresa di assicurazione: vedi "società".

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

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

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

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

Nota informativa: documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la società deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Pegno: vedi "cessione".

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

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

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

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

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

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

Premio periodico: premio corrisposto all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni semestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al contraente, a fronte della quale la società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

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

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

Società di revisione: Società diversa dalla società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di premio: importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

Trasformazione: richiesta da parte del contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il contraente e la società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Vincolo: vedi "cessione".

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Via Massimi, 158 - 00136 Roma - Tel. 06 3018.1

Fax 06 3018.3382 - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 142.570.800 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



Mod. 150284 Ed. 11/2009

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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

ASSICURANDO

Cognome: _____ Nome: _____ Stato civile: _____ N° figli: _____ Sesso: _____

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

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

Professione: _____

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

CONTRAENTE

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: _____

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

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

Professione: _____

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

Sottogruppo: _____ Ramo Gruppo: _____

BENEFICIARI

In caso di morte: _____

Prodotto: "mente serena plus"

Temporanea caso morte a capitale e premio annuo costante per

Non Fumatori (codice tariffa NC08)

Fumatori (codice tariffa FC08)

Decorrenza de contratto: ___/___/_____ Durata: _____

Capitale da assicurare: Euro _____

Rateazione del premio: Annuale Semestrale

Garanzie complementari: B) Infortuni

C) Beneficio Orfani - generalità e data di nascita del coniuge:

_____ / ___/_____

Premio lordo: Euro _____ di cui

- Premio netto della garanzia base: Euro _____

- Premio netto delle garanzie complementari: Euro _____

- Imposte: Euro _____

- Diritti di polizza: Euro _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e, pertanto, lo stesso potrebbe anche risultare inadeguato.

Firma del Contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto _____ Agente di Groupama Assicurazioni S.p.A. dichiara di aver informato il/la Sig./Sig.ra _____ dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni rese dal/dalla cliente o comunque disponibili, la proposta assicurativa, potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative.

Motivi dell'eventuale inadeguatezza:

- _____
- _____

Il/ La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, preso atto di quanto sopra, dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Data ___/___/_____

Firma dell'Agente

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

Quale Compagnia Capitali Assicurati

.....

.....

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

ATTIVITA' PROFESSIONALI

2) Nella sua attività professionale opera 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, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo? NO SI

3) Nella sua attività professionale utilizza materiale esplosivo o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive oppure opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere? NO SI

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

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

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

ATTIVITA' SPORTIVE

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

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

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

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

QUESTIONARIO SANITARIO

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

12) Soffre o ha sofferto di malattie? NO SI

In caso affermativo precisare:

-quali?.....

-quando?.....

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

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

In caso affermativo precisare:

-quali?.....

-quando?.....

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

In caso affermativo precisare:

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

.....

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

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

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

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

17c) Ha smesso da più di 12 mesi? NO SI

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

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

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

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:

.....

21a) (Per assicurati di sesso femminile): E' incinta? NO SI

21b) L'andamento della gravidanza è regolare e non presenta complicazioni? In caso negativo precisare il motivo: NO SI

.....

SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Intende il Contraente sostituire polizze di assicurazione sulla vita che ha in corso con Groupama Assicurazioni S.p.A?

No Sì n° di polizza _____ data di scadenza dell'ultima rata di premio pagata ___/___/_____
 No Sì n° di polizza _____ data di scadenza dell'ultima rata di premio pagata ___/___/_____

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, successivamente il Contraente potrà recedere dal contratto. Le modalità di esercizio del diritto di revoca della proposta o di recesso dal contratto sono riportate in Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione. In ogni caso la Società ha diritto a recuperare le somme eventualmente anticipate dall'Agenzia per gli accertamenti sanitari a cui si è sottoposto l'Assicurato, nonché le spese di emissione polizza, quantificate in 2,00 Euro.

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

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.);**
- prima della sottoscrizione del questionario o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;**
- anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.**

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

- dichiarano che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve FORMARNE PARTE INTEGRANTE;
- dichiarano che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente proposta sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto; ne assumono la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le loro indicazioni;
- si obbligano a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta. Per la predisposizione di tale documentazione l'Assicurato dovrà rivolgersi ai medici di gradimento della Società utilizzando i supporti predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti.
- dichiarano di prosciogliere dal segreto professionali e legale i medici che possono aver curato e visitato l'Assicurato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni. L'Assicurato dichiara, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, che con la firma della presente proposta, da il proprio assenso alla stipula della polizza sulla sua vita.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

I premi dovranno essere corrisposti mediante bonifico bancario a favore di Groupama Assicurazioni S.p.A. sul conto corrente n° 4953304 – ABI 03226 – CAB 03200 - IBAN: IT 84 G 03226 03200 000004953304 acceso presso UNICREDIT BANCA D'IMPRESA, Filiale 06824 – Roma Eur 1. In caso di premi inferiori a 15.000,00 Euro, l'importo potrà essere corrisposto direttamente all'Agenzia presso la quale è gestito il contratto tramite assegno bancario o assegno circolare. I premi corrisposti dal Contraente, vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine". **Con la sottoscrizione della presente proposta non è dovuto alcun versamento, in quanto lo stesso verrà corrisposto al perfezionamento della polizza.**

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

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

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo Mod. 150284 Ed. 11/2009 (completo di tutta la documentazione elencata in copertina) e di aver preso atto di quanto in esso contenuto.

IL CONTRAENTE

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

L'ASSICURATO

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

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

L'AGENTE/COLLABORATORE

Data di sottoscrizione _____