

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA

Il presente Set Informativo composto da:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
- Proposta

deve essere consegnato al Contraente e da questi all'Assicurato prima della sottoscrizione della Proposta.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo

Mod. 26.652C

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 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



Groupama

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

TCM di Gruppo

Ed. 01/2019

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio. Temporanea caso morte monoannuale a capitale costante.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Nel caso in cui le Aziende o qualsiasi ente giuridico stipuli una "Convenzione" di durata annuale, e tacitamente rinnovabile per eguali periodi successivi, per un gruppo omogeneo di persone, specificato nella Convenzione, i cui componenti, gli Assicurati, devono essere obbligatoriamente inclusi nel contratto, è assicurato:

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



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra;
- ✗ 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 o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, girocotteri o effettua lanci con il paracadute.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Se il sinistro colpisce più persone, la Società rimborserà al massimo 6 volte l'importo del capitale sottoscritto, da suddividere per il numero dei sinistri.



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. Nella compilazione di un questionario sanitario è necessario che rispondi in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso, poiché le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione; se si è agito con dolo o con colpa grave, possono essere causa di annullamento del contratto.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione i beneficiari designati in polizza devono fare richiesta scritta alla Società presentando copia del documento d'identità in corso di validità, copia del codice fiscale, indicazione del codice IBAN del conto su cui effettuare il pagamento della prestazione e ogni documentazione atta a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Possono anche avvalersi del modulo predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il premio unico riferito all'intero gruppo degli Assicurati deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione del contratto ed è pagabile per la durata pattuita e comunque non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. Tale premio si rinnova ogni anno.
Puoi pagare il premio tramite assegno bancario, postale o circolare, bonifico o altri sistemi di pagamento bancario, postale o elettronico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

È un'assicurazione collettiva monoannuale, ovvero è previsto rinnovo annuale.
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalle ore 24 della data del pagamento del premio, "salvo buon fine", e termina alla scadenza indicata in polizza, sempre che tu sia in regola con il pagamento dei premi.



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

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



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

No, non sono previsti valori di riscatto o riduzioni.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

TCM di Gruppo

Ed. 01/2019

Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi presso lo stesso Ente al n. G0056, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto della Società ammonta a 519,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 204,3 e a 315 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II", al 31/12/2017 sono pari a: 148,30% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 308,96% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

Per ulteriori informazioni patrimoniali sulla società si rinvia alla relazione su solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: http://www.groupama.it/it_IT/conoscerci/governance-e-risultati-economici

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

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

	<p>questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> * eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive; * eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio. <p>La presente polizza non sarà in alcun modo operante e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun risarcimento a seguito di qualsiasi sinistro o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, il pagamento di un sinistro o l'operatività delle garanzie possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del regno Unito o degli Stati Uniti d'America.</p>
--	---

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

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o gli aventi diritto non appena ne abbiano conoscenza o la possibilità, dovranno inviare alla Direzione Generale della Società, mediante lettera raccomandata A.R., la relativa denuncia contenente l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento. I beneficiari devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire l'eventuale ulteriore documentazione richiesta per verificare l'effettivo obbligo di pagamento.</p> <p>Prescrizione: i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile). Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro il suddetto termine vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero.</p> <p>Liquidazione della prestazione: una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta, la Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il premio unico riferito all'intero gruppo degli Assicurati deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione del contratto ed è pagabile per la durata pattuita e comunque non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. In occasione di ogni rinnovo annuale, il premio unico dovuto per il rinnovo della copertura subirà un incremento a causa della maggiore età raggiunta dall'Assicurato. Nel caso di ingressi di nuovi Assicurati in polizza nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'intermediario in tale sua qualità; ▪ ordini di bonifico e/o altri mezzi di pagamento bancario, postale o elettronico comunque sempre emessi a favore dell'Impresa o dell'intermediario, in tale sua qualità. <p>In caso di pagamento tramite bonifico su conto corrente intestato a Groupama Assicurazioni S.p.A., le coordinate del conto corrente da accreditare sono riportate nella Convenzione. I premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine", pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento del primo premio unico.</p>

Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso del premio in caso di: <ul style="list-style-type: none"> - Revoca dell'eventuale proposta (si rimanda al paragrafo "Revoca" della sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"); - Recesso dal contratto (si rimanda al paragrafo "Recesso" della sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?").
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



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

Revoca	Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. A fronte della revoca, la Compagnia annulla la proposta pervenuta. La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dal Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.
Recesso	Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> ▪ il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. ▪ la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica. Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.
Risoluzione	Il mancato pagamento del premio unico di rinnovo determina, trascorsi 90 giorni dalla data di scadenza indicata nelle Appendici di polizza, la risoluzione del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti alla Società.



A chi è rivolto questo prodotto?

TCM di gruppo è rivolto alle Aziende o alle persone giuridiche, che decidono di stipulare un'apposita Convenzione a favore dei propri dipendenti che al momento della sottoscrizione e, ad ogni rinnovo di contratto, abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni, per poter perseguire un obiettivo di protezione assicurativa in caso di premorienza a vantaggio dei beneficiari designati.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	1,00 Euro	Alla prima emissione e ad ogni rinnovo annuale	Da ogni premio unico
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Caricamento percentuale: 21%	Alla prima emissione e ad ogni rinnovo annuale	Da ogni premio unico al netto dei diritti

Il costo della visita medica e degli esami clinici eventualmente necessari è a carico del Contraente. La relativa entità non è quantificabile a priori, in quanto variabile in funzione del numero e della natura degli accertamenti richiesti, nonché dalla struttura presso la quale gli stessi sono eseguiti. Il Contraente può rivolgersi alle strutture sanitarie di suo gradimento, fermo rimanendo che il rapporto di visita medica può essere redatto unicamente da primari e aiuti di divisioni mediche ospedaliere e universitari, cardiologi e Internisti con specializzazione da almeno 5 anni, medici del servizio di medicina legale delle A.S.L. o liberi docenti di clinica o patologia medica e di medicina legale, utilizzando un modulo predisposto dalla Compagnia.

Costi di intermediazione

La quota parte dei costi percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 24%.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

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 .
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</i>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> – Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. – In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato, ai sensi del presente contratto, non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni. I capitali comunque corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.</p> <p><u>Altre implicazioni di carattere fiscale</u> Le altre disposizioni fiscali applicabili dipendono da una serie di elementi quali la fonte istitutiva della copertura assicurativa, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, la natura delle prestazioni corrisposte, la designazione beneficiaria. Il Contraente potrà richiedere all'Intermediario assicurativo tutti i chiarimenti in merito. È peraltro consigliabile, nella valutazione del trattamento fiscale dei casi di maggiore complessità, avvalersi dell'assistenza di un Commercialista iscritto all'Albo Professionale.</p>
---	---

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

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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



GLOSSARIO	2
PRESTAZIONI.....	5
DISCIPLINA DEL CONTRATTO	5
ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ	5
ART. 2 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	5
ART. 3 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO (INCONTESTABILITÀ)	6
ART. 4 - ASSICURATI.....	6
ART. 5 - LIMITI DI ETÀ	6
ART. 6 - BENEFICIARI.....	6
ART. 7 - CAPITALI ASSICURATI	6
ART. 8 - MODALITÀ ASSUNTIVE	6
ART. 9 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - RINNOVI.7	7
ART. 10 - REVOCA DELLA PROPOSTA.....	8
ART. 11 - DIRITTO DI RECESSO	8
ART. 12 - PREMIO	8
ART. 13 - ESCLUSIONI.....	9
ART. 14 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE.....	9
ART. 15 - CESSIONE, PEGNO, VINCOLI, BENEFICIARI	9
ART. 16 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ.....	9
ART. 17 - DUPLICATO DI CONVENZIONE	11
ART. 18 - TASSE E IMPOSTE	11
ART. 19 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO.....	11
ART. 20 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)	11
ART. 21 - FORO COMPETENTE	11

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 convenzione, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

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

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

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

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

Compagnia: vedi "società".

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

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

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

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.

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

Costi (o spese): oneri a carico del contraente gravanti sui versamenti o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione): oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di premio successive.

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.

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal contraente e/o 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. Se il contraente o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono 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 e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

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

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

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

Estensione territoriale: spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Età assicurativa: età dell'Assicurato, espressa in anni interi, calcolata al compleanno più prossimo.

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

Impignorabilità e inesquestrabilità: 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.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il

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

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

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

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

Polizza di puro rischio: categoria di contratti di Assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

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

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

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

Premio unico: importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica al momento del perfezionamento del contratto.

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

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

Prestito: somma che il Contraente, se previsto dalla forma tariffaria, può richiedere alla società nei limiti del valore di riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante apposita Appendice. Non previsto per le polizze temporanee caso morte.

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

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.

Ricorrenza annuale: ogni anniversario della data di decorrenza del contratto di Assicurazione.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente determinate tipologie di contratti, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione. Non prevista per le polizze temporanee caso morte.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del contratto di Assicurazione sulla vita: infatti l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

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.

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

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

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

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

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

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.

Vincolo: vedi "cessione".

PRESTAZIONI

L'"assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte ad adesione obbligatoria" è un'assicurazione collettiva monoannuale, con rinnovo annuale, stipulata in base ad una Convenzione e regolata dalle Condizioni di Assicurazione di seguito riportate.

L'obbligatorietà dell'adesione può derivare, per i lavoratori dipendenti, da un contratto collettivo, nazionale o aziendale, ovvero da un regolamento aziendale; negli altri casi, tipicamente, da accordi associativi che vincolino gli appartenenti al gruppo.

Il contratto è rivolto ad un gruppo omogeneo di persone, specificato nella Convenzione, i cui componenti devono essere obbligatoriamente inclusi nel contratto.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento del capitale assicurato a favore dei beneficiari individuati ai sensi della Convenzione.

Il presente contratto non prevede coperture complementari.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

L'assicurazione presuppone:

- un unico Contraente ed un unico contratto di assicurazione;
 - che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente gli appartenenti al gruppo;
- che il capitale assicurato pro-capite sia determinato in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto è disciplinato, oltre che dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla Convenzione stipulata con il Contraente, eventuali appendici, e dalle norme legislative in materia.

ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla Convenzione stipulata con il Contraente, eventuali appendici firmate.

ART. 2 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Sul Contraente gravano tutti gli obblighi derivanti dal contratto, ed in particolare:

- **il pagamento dei premi;**
- **l'invio alla Società di tutte le comunicazioni relative al contratto.**

Sul Contraente gravano altresì gli obblighi indicati nella Convenzione.

ART. 3 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO (INCONTESTABILITÀ)

Le dichiarazioni del Contraente e dei singoli Assicurati devono essere esatte e complete. Trascorsi sei mesi dal primo ingresso in copertura (esclusi quindi i rinnovi annuali successivi) da parte del singolo Assicurato, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato stesso, 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.

Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie per l'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini di antiriciclaggio, in quanto al presente contratto si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente, che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

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

ART. 4 - ASSICURATI

L'assicurazione si estende a tutti gli appartenenti al gruppo individuati nella Convenzione, per i quali la Società ha accettato il rischio ed il Contraente ha corrisposto il relativo premio e l'eventuale sovrappremio. La Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle Condizioni previste nella Convenzione.

ART. 5 - LIMITI DI ETÀ

All'atto della stipulazione del contratto ed ai successivi rinnovi annuali, possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni.

ART. 6 - BENEFICIARI

I beneficiari delle prestazioni assicurate sono individuati a norma della Convenzione.

ART. 7 - CAPITALI ASSICURATI

Il capitale garantito per ciascun Assicurato è determinato in base a quanto previsto dal CCNL o accordo o regolamento aziendale, o da norme statutarie o di regolamento interno, viene comunicato dal Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo e in caso di modifica, e risulta esclusivamente dalla convenzione e dalle appendici emesse dalla Società.

In ogni caso il capitale assicurato deve essere definito in base a criteri omogenei ed indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

ART. 8 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Il Contraente richiede alla Società l'ingresso nell'assicurazione dei singoli Assicurati o l'aumento del relativo capitale assicurato, specificando la data dalla quale deve essere prestata la copertura, e

fornendo alla Società, la documentazione definita nella Convenzione, necessaria per la valutazione del rischio.

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

Nella Convenzione sono riportate le modalità di assunzione del rischio da parte della Società, che sono definite in base all'importo del capitale da assicurare, alla numerosità del gruppo degli Assicurandi e alla forma tariffaria prescelta.

Il presente contratto prevede due processi assuntivi distinti, cui corrispondono due distinti livelli dei premi: a fronte di modalità assuntive semplificate (tariffa 181X) sono previsti premi medi più alti rispetto a quelli applicati sulla base di un più accurato e approfondito processo di valutazione del rischio (tariffa 180X).

In presenza di gruppi di Assicurandi di numerosità elevata e di capitali da assicurare contenuti, è possibile che in luogo della visita medica, eventualmente prevista, sia richiesta la compilazione del solo questionario.

La Società si riserva comunque, sulla base della documentazione sanitaria ricevuta, la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti, di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi o di rifiutare il rischio, fornendone comunicazione scritta. Possono inoltre essere richieste a ciascun Assicurando informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stile e le abitudini di vita.

Di contro, l'Assicurando stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica anche nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società.

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

ART. 9 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - RINNOVI

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

- la Convenzione, firmata dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente;

oppure

- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la Convenzione, debitamente firmata 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 convenzione preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno ivi previsto.

Quanto indicato per il perfezionamento del contratto è altresì valido per il perfezionamento e la decorrenza delle coperture assicurative a favore di nuovi Assicurati facenti parte del gruppo, il cui ingresso nell'assicurazione ha luogo successivamente alla conclusione del contratto. Tali coperture assicurative avranno effetto dalle ore 24:00 del giorno di perfezionamento della relativa Appendice di ingresso o dalla data di decorrenza sulla stessa indicata, se successiva, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

Per gli ingressi non coincidenti con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la durata della garanzia è inizialmente pari ai giorni intercorrenti tra la decorrenza come sopra definita e la successiva data di rinnovo.

L'assicurazione termina alle ore 24:00 di ogni ricorrenza annuale della Convenzione, e si rinnova automaticamente per l'anno successivo, a condizione che venga corrisposto il premio dovuto per il rinnovo, salvo disdetta della Convenzione avvenuta con le modalità ivi previste.

In relazione ai successivi rinnovi annuali o ad eventuali aumenti di capitale a favore di Assicurati già inseriti in copertura nei precedenti periodi annuali, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno indicato nelle Appendici emesse dalla Società, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

In caso di mancato pagamento del premio entro il termine di 30 giorni dalla data di scadenza indicata nelle Appendici di rinnovo, ogni garanzia è sospesa sino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Il mancato pagamento del premio unico di rinnovo determina, trascorsi 90 giorni dalla data di scadenza indicata nelle Appendici, la risoluzione del contratto e i premi corrisposti restano acquisiti alla Società. A giustificazione del mancato pagamento, la Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Il premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. “salvo buon fine”; pertanto il contratto si intenderà perfezionato o rinnovato, ovvero le Appendici relative a nuovi ingressi si intenderanno perfezionate e spiegheranno la loro efficacia dal buon fine del pagamento.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato perda i requisiti che ne hanno consentito l'ingresso in assicurazione; il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società entro 30 giorni.

ART. 10 - REVOCA DELLA PROPOSTA

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

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

ART. 11 - DIRITTO DI RECESSO

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

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

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

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

ART. 12 - PREMIO

L'entità del premio dovuto per ogni Assicurato è determinata con riferimento alla decorrenza di ogni copertura moltiplicando il capitale assicurato per il relativo tasso di premio riportato in Convenzione e riferito all'età computabile dell'Assicurato a tale epoca. **Al valore così ottenuto vengono sommati l'importo fisso di Euro 1,00 e gli eventuali sovrappremi.**

L'età computabile si esprime in anni interi e corrisponde all'età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, e all'età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno.

Per gli Assicurati che dovessero accedere alla garanzia assicurativa in corso d'anno il premio è determinato in quel momento in proporzione alla durata della garanzia.

Per gli Assicurati per i quali dovessero venir meno i requisiti di partecipazione all'assicurazione, per motivi diversi dalla morte, è previsto il rimborso del rateo di premio, al netto delle eventuali imposte,

relativo al periodo di mancata esposizione al rischio e determinato mediante riduzione, proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

ART. 13 - ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate sono garantite senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, salvo quanto stabilito al successivo comma.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione per il singolo Assicurato (salvo diversa pattuizione contenuta nella Convenzione);**
- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, 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 competente Ministero;**
- **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 o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, girocoteri o effettua lanci con il paracadute.**

In questi casi, la Società liquiderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

ART. 14 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai relativi capitali assicurati.

L'importo complessivo di cui sopra può essere elevato mediante speciale pattuizione contenuta nella Convenzione.

ART. 15 - CESSIONE, PEGNO, VINCOLI, BENEFICIARI

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

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 che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia dichiarato 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. 16 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

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

La richiesta deve essere accompagnata da:

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

- 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 messo a disposizione dalla Società.

Documentazione a corredo della richiesta:

In caso di morte dell'Assicurato:

- Certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice, rilasciato dall'Ufficio di Stato civile del Comune di residenza o del Comune di morte, in cui siano indicati data e luogo di nascita e data di decesso;
- Relazione sanitaria del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute dell'Assicurato, redatto su apposito modulo fornito dalla Società o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- Copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla patologia che ha generato il decesso;
- Per coperture relative a lavoratori dipendenti previste da contratti collettivi nazionali di lavoro, copia del modello INPS 01/M dal quale si rilevi la qualifica del dipendente ed il CCNL applicato.
- Fatto salvo il caso in cui il beneficio della prestazione sia attribuito in Convenzione al Contraente, deve inoltre essere consegnata la documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto: originale dell'atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatto in Tribunale o presso un notaio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.

In presenza di testamento, occorre allegarne una copia autentica all'atto di notorietà/ dichiarazione sostitutiva, che deve inoltre contenere la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato.

Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita al momento dell'ingresso in convenzione, e la stessa riporta "gli eredi testamentari", nell'atto di notorietà/ dichiarazione sostitutiva, occorre fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascuno; in caso contrario (ossia in caso di designazione beneficiaria attribuita al momento dell'ingresso in convenzione o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari") come pure in assenza di testamento, l'atto di notorietà/ dichiarazione sostitutiva, deve declinare, per ciascun beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.

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

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

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

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

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

Per la liquidazione di ogni prestazione contrattuale, la Società potrà comunque richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

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

Ogni pagamento viene effettuato presso la competente agenzia della Società, ovvero mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

ART. 17 - DUPLICATO DI CONVENZIONE

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

ART. 18 - TASSE E IMPOSTE

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

ART. 19 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

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

ART. 20 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)

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

ART. 21 - FORO COMPETENTE

Fatta eccezione per il caso in cui il Contraente rivesta la qualità di consumatore ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 6 settembre del 2005 n. 206, per il quale resta ferma la competenza del foro del luogo in cui il consumatore ha la propria residenza o domicilio elettivo, per la soluzione delle controversie fra gli investitori-contraenti e la Società è competente in via esclusiva il Foro di Roma.

Mod. 26.652 Ed. 01-2019

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

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritta nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO IN CASO DI MORTE
AD ADESIONE OBBLIGATORIA

AGENZIA: _____

CONTRAENTE (RAGIONE SOCIALE)				PARTITA IVA																	
SEDE				COMUNE				PROV.		NAZ.		CAP.									
AZIENDA ASSOCIATA (SOLO SE CONTRAENTE È UNA CASSA)								SETTORE DI ATTIVITÀ DELL'AZIENDA													
RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE (COGNOME E NOME)								SESSO		CODICE FISCALE											
								<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F													
COMUNE DI NASCITA				PROV. O STATO DI NASCITA (SIGLA)				DATA DI NASCITA		NAZIONE (SIGLA)											
RESIDENZA				COMUNE				PROV.		NAZ.		CAP.									
<i>DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE</i>																					
TIPO (*)		NUMERO		DATA DI RILASCIO				AUTORITÀ E LOCALITÀ DI RILASCIO													

(*) 1 = Carta di identità 2 = Patente 3 = Passaporto 4 = Porto d'armi 5 = Tessera postale 6 = Altro

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto Contraente propone a Groupama Assicurazioni S.p.A. l'emissione di una Convenzione regolante una assicurazione temporanea di gruppo per l'attivazione di una copertura assicurativa nei seguenti termini:

Tipo di garanzia assicurativa richiesta: caso **morte**:

Tariffa 180X Tariffa 181X

Decorrenza della Convenzione e della copertura: __/__/____

Durata: Annuale con tacito rinnovo

Capitale da assicurare determinato in base a: *(si allega alla presente l'elenco dei capitali da assicurare per ogni singolo Assicurato e tutta la documentazione assuntiva richiesta per l'emissione del contratto)*

- CCNL *(specificare)* _____
- accordo o regolamento aziendale *(se ne rimette estratto in allegato)*
- altra fonte istitutiva che preveda l'obbligatorietà della copertura richiesta *(se ne rimette estratto in allegato)*

BENEFICIARI delle prestazioni (scelta alternativa):

Beneficiario unico di tutte le prestazioni è il Contraente

oppure

come indicato in "Dichiarazioni dell'Assicurato - Questionario"

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, successivamente ed entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di revoca e di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà il premio complessivamente versato, al netto delle spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio unico anticipato. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

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

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

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

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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

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

Il Contraente, presa cognizione delle Condizioni di Assicurazione relative alla forma prescelta, depositata presso l'IVASS:

- 1) dichiara che la proposta stessa deve servire di base al contratto da stipularsi e deve FORMARNE PARTE INTEGRANTE;
- 2) dichiara che non ha 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 assume la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le sue indicazioni;
- 3) si obbliga 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.

IL CONTRAENTE

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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara:

- di essere stato compiutamente informato (ai sensi degli articoli 58, 59 e 60 del Regolamento IVASS n° 40 del 2 agosto 2018) sugli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche (condizioni di assicurazione, oggetto delle garanzie, ...) alla durata, ai costi ed ai limiti di copertura,
- di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati,
- di aver ricevuto il Set Informativo Mod. 26.652C Ed. 01-2019 composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 26.652DV Ed. 01/2019), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 26.652DA Ed. 01/2019), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 26.652

Ed. 01/2019), Modulo di Proposta (Mod. 26.652PR Ed. 01/2019) ed e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

TIMBRO DEL CONTRAENTE
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 3 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (incontestabilità); 4 – Assicurati; 5 – Limiti di età; 8 – Modalità assuntive; 9 – Conclusione ed efficacia del contratto – decorrenza dell'assicurazione – rinnovi; 10 – Revoca della proposta; 11 – Diritto di recesso del Contraente; 12 – Premio; 13 – Esclusioni; 14 – Sinistro che colpisca più teste; 16 – Pagamenti della Società; 19 - Obblighi di restituzione ai sensi della Normativa Antiriciclaggio; 20 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.

IL CONTRAENTE

Confermo di aver identificato personalmente il Legale Rappresentante del Contraente, firmatario della presente proposta e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs 231/2007.

Attesto che sul presente modulo firmato dal Legale Rappresentante del Contraente, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

Firma dell'Agente/Collaboratore _____ Data di sottoscrizione ___ / ___ / _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO – QUESTIONARIO per tariffa 181X
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO IN CASO DI MORTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA

AZIENDA ASSOCIATA (SOLO SE CONTRAENTE È UNA CASSA)				SETTORE DI ATTIVITÀ DELL'AZIENDA					
RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE (COGNOME E NOME)				SESSO		CODICE FISCALE			
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F				
COMUNE DI NASCITA			PROV. O STATO DI NASCITA (SIGLA)		DATA DI NASCITA		NAZIONE (SIGLA)		
RESIDENZA			COMUNE		PROV.	NAZ.	CAP.		

BENEFICIARI delle prestazioni (la sottoesposta designazione ha valore solo se la Convenzione stipulata tra il Contraente e Groupama Assicurazioni S.p.A. prevede che i beneficiari delle prestazioni siano indicati dall'Assicurando al momento dell'inserimento in garanzia o successivamente):

- in caso di decesso dell'Assicurato: (selezionare una delle due alternative):

Eredi legittimi (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.)

Beneficiario identificato:

(COGNOME E NOME)				CODICE FISCALE				
RESIDENZA		COMUNE	PROV.	NAZ.	CAP.	email		

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

REFERENTE TERZO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:

(COGNOME E NOME)				CODICE FISCALE				
RESIDENZA		COMUNE	PROV.	NAZ.	CAP.	email		

COGNOME E NOME DELL'ASSICURANDO: _____

1) Soffre o ha sofferto di malattie, escluse 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 ?

NO SI

In caso affermativo precisare - quali ?

- quando ?

2) E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici (ad esclusione di ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per accessi acuti, chirurgia estetica) ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

3) Dovrà sottoporsi a trattamenti farmacologici e/o ad accertamenti clinici e strumentali nei prossimi sei mesi (fatta eccezione, per i soli accertamenti sanitari, ai semplici controlli di routine) ?

NO SI

4) È titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla ?

NO SI

5) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche ?

NO SI

6) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene ?

NO SI

7) È esente da difetti fisici e/o costituzionali o da disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane ?

NO SI

8) È sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni) ?

NO SI

In caso affermativo precisare : quali ?

* * *

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. E' possibile, entro determinati importi di capitale, limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario: 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 del questionario il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;

c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.

L'Assicurato

- 1) dichiara che le risposte prima date sono esatte e veritiere, conferma la veridicità delle dichiarazioni rese, e se ne assume la piena responsabilità. Riconosce che esse sono considerate essenziali ai fini dell'accettazione della presente proposta e del conseguente inserimento nella convenzione di assicurazione sulla vita di gruppo e ne costituiscono parte integrante.
- 2) dichiara di non aver taciuto nessuna notizia relativa ad alterazioni, anche pregresse, della sua situazione clinica, sebbene non espressamente richiesta nel presente questionario.
- 3) proscioglie dal segreto professionale tutti i medici che lo hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc., ai quali Groupama Assicurazioni crederà, in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni. Acconsente altresì a che tali informazioni siano, per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative, comunicate ad altri enti.
- 4) preso atto del tipo di garanzia e della attribuzione del beneficio indicati dal Contraente all'atto della richiesta della copertura assicurativa ai fini della realizzazione di quest'ultima secondo quanto previsto dalla sua fonte istitutiva (CCNL, contratto o regolamento aziendale), dichiara di prestare il proprio assenso all'assicurazione sulla vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile in base alle condizioni previste dalla Convenzione a tal fine stipulata dal Contraente con Groupama Assicurazioni S.p.A;
- 5) dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati;
- 6) dichiara di aver preso visione tramite il Contraente del Set Informativo Mod. 26.652C Ed. 01-2019 composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 26.652DV Ed. 01/2019), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 26.652DA Ed. 01/2019), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 26.652 Ed. 01/2019), Modulo di Proposta (Mod. 26.652PR Ed. 01/2019) ed e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

L'ASSICURATO

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO – QUESTIONARIO per tariffa 180X
ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO IN CASO DI MORTE AD ADESIONE OBBLIGATORIA

AZIENDA ASSOCIATA (SOLO SE CONTRAENTE È UNA CASSA)		SETTORE DI ATTIVITÀ DELL'AZIENDA			
RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE (COGNOME E NOME)		SESSO	CODICE FISCALE		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
COMUNE DI NASCITA	PROV. O STATO DI NASCITA (SIGLA)	DATA DI NASCITA	NAZIONE (SIGLA)		
RESIDENZA	COMUNE	PROV.	NAZ.	CAP.	

BENEFICIARI delle prestazioni (la sottoesposta designazione ha valore solo se la Convenzione stipulata tra il Contraente e Groupama Assicurazioni S.p.A. prevede che i beneficiari delle prestazioni siano indicati dall'Assicurando al momento dell'inserimento in garanzia o successivamente):

- in caso di decesso dell'Assicurato: (selezionare una delle due alternative):
 - Eredi legittimi (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.)
 - Beneficiario identificato:

(COGNOME E NOME)		CODICE FISCALE			
RESIDENZA	COMUNE	PROV.	NAZ.	CAP.	email

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

REFERENTE TERZO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:

(COGNOME E NOME)		CODICE FISCALE			
RESIDENZA	COMUNE	PROV.	NAZ.	CAP.	email

COGNOME E NOME DELL'ASSICURANDO: _____

1) Soffre o ha sofferto di malattie, escluse 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 ?

NO SI

In caso affermativo precisare - quali ?
- quando ?

2) E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici (ad esclusione di ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) ?

NO SI

In caso affermativo precisare:

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

3) Dovrà sottoporsi a trattamenti farmacologici e/o ad accertamenti clinici e strumentali nei prossimi sei mesi (fatta eccezione, per i soli accertamenti sanitari, ai semplici controlli di routine) ?

NO SI

4) È titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla ?

NO SI

5) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche ?

NO SI

6) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene ?

NO SI

7) È esente da difetti fisici e/o costituzionali o da disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane ?

NO SI

8) È sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni) ?

NO SI

In caso affermativo precisare : quali ?

9a) Indicare valore altezza: cm

9b) Indicare valore peso: Kg

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

11) Nella sua attività professionale:

11a) accede saltuariamente a cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti; appartiene alle forze armate, forze di polizia o in servizi di Sicurezza Pubblica o privata in cui e' necessario l'utilizzo di armi (escluse forze speciali e missioni all'estero) e non svolge esclusivamente attività amministrativa?

NO SI

11b) opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti ad alta tensione?

NO SI

11c) utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive; opera in cisterne, pozzi, cave, miniere, carpenterie, teleferiche/telecabina?

NO SI

11d) opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere (anche come gruista), fonderie, appartiene a: vigili del fuoco; forze speciali; forze armate o forze di polizia con missioni all'estero; e' addetto agli organi di informazioni in attività all'estero? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale)

NO SI

12) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale)

NO SI

13) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale)

NO SI

14) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale)

NO SI

15) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? Alpinismo fino al 3 grado della scala UIAA, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli.

NO SI

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività sportiva) Speleologia, free climbing, kayak, rafting, skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo fuori pista, alpinismo oltre il 3 grado della scala UIAA, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio e attività affini.

NO SI

8) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività sportiva)

NO SI

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso o invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. E' possibile, entro determinati importi di capitale, limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario: 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;

c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.

L'Assicurato

- 1) dichiara che le risposte prima date sono esatte e veritiere, conferma la veridicità delle dichiarazioni rese, e se ne assume la piena responsabilità. Riconosce che esse sono considerate essenziali ai fini dell'accettazione della presente proposta e del conseguente inserimento nella convenzione di assicurazione sulla vita di gruppo e ne costituiscono parte integrante.
- 2) dichiara di non aver taciuto nessuna notizia relativa ad alterazioni, anche pregresse, della sua situazione clinica, sebbene non espressamente richiesta nel presente questionario.
- 3) proscioglie dal segreto professionale tutti i medici che lo hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc., ai quali Groupama Assicurazioni crederà, in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni. Acconsente altresì a che tali informazioni siano, per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative, comunicate ad altri enti.
- 4) preso atto del tipo di garanzia e della attribuzione del beneficio indicati dal Contraente all'atto della richiesta della copertura assicurativa ai fini della realizzazione di quest'ultima secondo quanto previsto dalla sua fonte istitutiva (CCNL, contratto o regolamento aziendale), dichiara di prestare il proprio assenso all'assicurazione sulla vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile in base alle condizioni previste dalla Convenzione a tal fine stipulata dal Contraente con Groupama Assicurazioni S.p.A;
- 5) dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati;
- 6) dichiara di aver preso visione tramite il Contraente del Set Informativo Mod. 26.652C Ed. 01-2019 composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 26.652DV Ed. 01/2019), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 26.652DA Ed. 01/2019), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 26.652 Ed. 01/2019), Modulo di Proposta (Mod. 26.652PR Ed. 01/2019) ed e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

L'ASSICURATO

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

Mod. 26.652PR Ed. 01-2019