

**PROTEZIONE****CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
SULLA VITA DI PURO RISCHIO****—
ASSICURAZIONE MONOANNUALE IN FORMA COLLETTIVA
IN CASO DI DECESSO O DI DECESSO E INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE
AD ADESIONE OBBLIGATORIA**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

MENTESERENA COLLETTIVITA'



Ed. 10/2022

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 o caso morte e invalidità permanente totale monoannuale a capitale costante.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

MenteSerena Collettività è un contratto assicurativo in forma collettiva monoannuale, rinnovabile annualmente, stipulato dal contraente per la copertura di un gruppo omogeneo di persone, obbligatoriamente incluse nel contratto in virtù dell'appartenenza al gruppo. L'obbligatorietà dell'adesione può derivare, per i Dirigenti industriali o lavoratori di diverso ordine e grado da un contratto collettivo nazionale o integrativo aziendale, ovvero da un accordo o regolamento aziendale; negli altri casi, tipicamente, da accordi associativi che vincolano gli appartenenti al gruppo.

Il contratto MenteSerena Collettività può avere ad oggetto:

- la copertura del rischio di decesso (Opzione A) o
- la copertura dei rischi di decesso e di invalidità permanente totale da infortunio e malattia (Opzione B).

Le prestazioni

- ✓ **Decesso (operante in Opzione A e B):** in caso di decesso di uno dei suddetti, è previsto il pagamento, a favore dei beneficiari designati, del capitale assicurato.
- ✓ **Invalidità Permanente totale da infortunio o malattia (operante solo nell'assicurazione Opzione B):** in caso di invalidità permanente totale causata da infortunio o malattia, è previsto il pagamento, a favore dell'Assicurato, del capitale assicurato

Il pagamento della prestazione di invalidità totale e permanente estingue la copertura per la singola posizione individuale.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili tutti gli appartenenti al gruppo che al momento dell'ingresso in copertura o in occasione dei successivi rinnovi annuali hanno età assicurativa:
 - inferiore a 18 anni e
 - superiore a 75 anni per la copertura del rischio di Decesso;
 - superiore a 70 anni per la copertura dei rischi di Decesso e Invalidità permanente totale.
- ✗ Non sono assicurabili tutti gli appartenenti al gruppo che non siano residenti in Italia, Stato Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.



Ci sono limiti di copertura?

- ! È escluso dalla garanzia il decesso e l'invalidità permanente totale dovute da determinate cause elencate nella corrispondente area del Dip Aggiuntivo.
- ! Se il sinistro colpisca più persone, la Società rimborserà al massimo 6 volte l'importo del capitale medio sottoscritto, da suddividere per il numero dei sinistrati in proporzione al capitale assicurato da ciascuno.



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 sottoscrizione delle Dichiarazioni o del Questionario dell'Assicurato, è necessario che lo stesso risponda 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.

- Devi fornire agli Assicurati la documentazione contrattuale, l'informativa privacy, raccogliere dagli assicurati i Moduli di adesione (laddove previsti) e, ove richiesto, l'ulteriore documentazione sanitaria, e fornirli alla Società; nonché raccogliere e conservare i consensi privacy e il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita sottoscritto da ogni Assicurato e fornirli alla Società qualora questa ne faccia richiesta.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione gli aventi diritto 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?

È previsto il pagamento di un premio monoannuale per la totalità degli Assicurati da corrispondere in via anticipata per ciascuna annualità assicurativa.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, il premio sarà ridotto in proporzione all'effettiva durata della copertura (alla sottoscrizione o in caso di successiva inclusione in copertura).

Al rinnovo il premio sarà ricalcolato su base annuale avendo riguardo agli stessi parametri previsti in fase di sottoscrizione. 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?

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. È un'assicurazione monoannuale, ovvero è previsto il rinnovo annuale.

Ciascuna posizione individuale ha durata pari ad 1 anno (o inferiore ad 1 anno, per ingressi in assicurazione in data diversa dalla decorrenza o dalla ricorrenza annuale) e si rinnova automaticamente di anno in anno, fino al verificarsi di una delle seguenti situazioni:

- scadenza del contratto;
- comunicazione di perdita dei requisiti che hanno consentito l'ingresso in assicurazione;
- superamento dei 75 anni per la copertura del rischio di Decesso (Opzione A), ovvero di 70 anni per la copertura dei rischi di Decesso e Invalidità permanente totale (Opzione B), qualora il superamento abbia luogo nel corso dell'annualità assicurativa, la copertura sarà mantenuta fino alla relativa scadenza, in occasione della quale non potrà essere ulteriormente rinnovata;
- pagamento della prestazione per decesso o per invalidità totale e permanente dell'Assicurato.



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.

MENTESERENA COLLETTIVITA'

Ed. 10/2022 agg. 12/2023

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, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto della Società ammonta a 624,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 131,5 milioni di Euro.

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

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 469,6 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 211,3 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 921,0 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 756,8 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 196,10%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

È escluso dalla garanzia il decesso e l'invalidità totale e permanente causati da:

- attività dolosa del beneficiario;
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare;

- partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile se l'Assicurato:
 - raggiunge un Paese dove è in corso una situazione di guerra o similari oppure
 - si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso o l'invalidità totale e permanente si verificano dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- 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;
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione per il singolo Assicurato (salvo diversa pattuizione contenuta nel CCNL o fonte normativa della copertura).

E' altresì esclusa dall'assicurazione l'invalidità totale e permanente di soggetti che, precedentemente all'ingresso in copertura, hanno:

- ottenuto il riconoscimento di invalidità totale e permanente dall'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza;
- inoltrato pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza, che si sono poi concluse con esito positivo.

Se il decesso o l'invalidità permanente dell'Assicurato è conseguenza di una delle cause di esclusione della garanzia, la Società non riconosce alcuna prestazione, la copertura assicurativa del singolo Assicurato si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società, salvo il rimborso del rateo di premio relativo al periodo per il quale la copertura non ha avuto effetto.

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.

	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurata, l'avente diritto dovrà inviare richiesta scritta alla Società o all'intermediario che ha in gestione il contratto, fornendo i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. 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.
	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 per quanto attiene la garanzia Decesso, in due per la garanzia di Invalidità permanente totale (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.
	Liquidazione della prestazione: la Società, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, provvede al pagamento delle somme dovute entro 30 giorni dall'accertamento dell'evento e delle condizioni che consentono la liquidazione della prestazione. Il pagamento della garanzia Decesso è soggetto, altresì, alla preventiva ricezione da parte della Società delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni). Decorso il termine suddetto sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari. Resta fermo che nelle coperture in caso di decesso e invalidità permanente il pagamento di una prestazione estingue l'altra.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il Contraente è tenuto al pagamento del premio per la totalità degli Assicurati in via anticipata per ciascuna annualità assicurativa. Il premio monoannuale dovuto per ciascun Assicurato è determinato in relazione alla tipologia di assicurazione prescelta, all'importo del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato e allo stato di salute e/o alle attività professionali o sportive dichiarate, ove previsto. Tale premio può essere comprensivo anche di eventuali sovrappremi. Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, il premio sarà ridotto in proporzione all'effettiva durata della copertura (alla sottoscrizione o in caso di successiva inclusione in copertura). Al rinnovo, il premio sarà ricalcolato su base annuale avendo riguardo agli stessi parametri di cui sopra e, in assenza di variazioni sarà aggiornato in relazione all'età raggiunta. Per Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo assicurativo, è dovuto un rateo di premio calcolato in 360esimi e determinato in proporzione alla durata della copertura. In caso di inclusione coincidente con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, il premio monoannuale è dovuto per intero. Per tutte le eventuali variazioni di capitale assicurato da apportare per ciascun Assicurato, è previsto un'aggiornamento del premio dovuto. 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 o rinnovato, ovvero le Appendici relative a nuovi ingressi si intenderanno perfezionate e spiegheranno la loro efficacia dal buon fine del pagamento. Il Contraente non è tenuto ad alcun versamento alla sottoscrizione di un'eventuale proposta.
Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso del premio, o di una parte di esso in caso di: - Recesso dal contratto (si rimanda al paragrafo "Recesso" della sezione "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"); - esclusioni di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte o dall'insorgenza dell'invalidità permanente per i quali è previsto il rimborso del rateo di premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio.
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	Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare l'eventuale proposta di assicurazione mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma. A fronte della revoca, la Società annulla la proposta pervenuta.
Recesso	Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo con le seguenti modalità: - 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 della parte relativa al periodo per il quale il

	contratto ha avuto effetto. Il recesso comporta l'annullamento della polizza e delle garanzie assicurative.
Risoluzione	Il mancato pagamento del premio relativo alle annualità successive, entro il termine di 30 giorni dalla data di scadenza indicata in polizza o nelle successive Quietanze, determina la risoluzione del contratto. 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.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Menteserena collettività è rivolto alle personee giuridiche (siano esse Imprese, Casse sanitarie, Fondi, enti o associazioni) con sede legale in Italia, Stato della Città del Vaticano o Repubblica di San Marino e che, in forza di un CCNL, accordo integrativo, regolamento aziendale/associativo, sono interessate ad attivare una copertura assicurativa in caso di decesso e/o invalidità permanente totale per un gruppo di almeno 3 persone residenti in Italia, Stato della Città del Vaticano o Repubblica di San Marino aventi caratteristiche omogenee e che al momento della sottoscrizione e, ad ogni rinnovo di contratto, abbiano un'età compresa tra 18 e 75 anni per la copertura in caso di decesso, o tra 18 e 70 anni in caso di decesso e invalidità permanente.

Nell'ipotesi in cui il contraente sia una Cassa, la stessa agisce nell'interesse del gruppo che l'Aderente persona giuridica intende tutelare.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	28% e 1Euro di caricamento in cifra fissa	Alla prima emissione e ad ogni rinnovo annuale	Da ogni premio monoannuale

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 63%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	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
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	– Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. – In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte. <u>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. <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.
---	---

PRIMA DI FAR COMPILARE IL QUESTIONARIO E/O DI RILASCIARE LE DICHIARAZIONI PREVISTE PER LA SOTTOSCRIZIONE, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

**ASSICURAZIONE MONOANNUALE IN FORMA COLLETTIVA
IN CASO DI DECESSO O DI DECESSO E INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE
AD ADESIONE OBBLIGATORIA**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

PREMESSA.....	3
GLOSSARIO.....	4
CHE COSA È ASSICURATO	7
ART. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO.....	7
ART. 2 LE PRESTAZIONI	7
ART. 3 - ASSICURATI.....	8
ART. 4 - CAPITALI ASSICURATI	8
CHE COSA NON È ASSICURATO.....	8
ART. 5 - PERSONE NON ASSICURABILI	8
CI SONO LIMITI DI COPERTURA	9
ART. 6 - ESCLUSIONI.....	9
ART. 7 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI.....	9
CHE OBBLIGHI HO / CHE OBBLIGHI HA L'IMPRESA.....	10
ART. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	10
ART. 9 – OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE	10
ART. 10 - MODALITÀ ASSUNTIVE	11
ART. 11 – DENUNCIA DEL SINISTRO	12
ART. 12 - ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE (OVE PREVISTA).....	13
ART. 13 - CONTROVERSIE SULL'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ: COLLEGIO ARBITRALE.....	13
ART. 14 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO.....	14
QUANDO E COME DEVO PAGARE	14
ART. 15 - PREMIO	14
ART. 16 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE	15
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	15
ART. 17 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO	15

ART. 18 – DURATA DEL CONTRATTO - DISDETTA.....	16
COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA / RECEDERE DAL CONTRATTO	17
ART. 19 - REVOCA DELLA PROPOSTA	17
ART. 20 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.....	17
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI.....	17
ART. 21 - RISCATTO E RIDUZIONE	17
ALTRE DISPOSIZIONI	17
ART. 22 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO	17
ART. 23 – CESSIONE, VINCOLO	18
ART. 24 – IMPIGNORABILITA' E INSEQUESTRABILITA'	18
ART. 25 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO	18
ART. 26 - IMPOSTE E ONERI FISCALI	19
ART. 27 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)	19
ART. 28 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	19
ART. 29 - FORO COMPETENTE	19
ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE E ACCERTAMENTO IN CASO DI SINISTRO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DELL'ASSICURATO	20

PREMESSA

Menteserena Collettiva, il prodotto pensato da Groupama Assicurazioni S.p.A. per la protezione assicurativa di un gruppo di persone, è disciplinato:

- dalle Condizioni Generali di Assicurazione che seguono, compreso l'Allegato A;
- da quanto indicato nella proposta (se prevista) e nel documento di polizza (Mod. 220363P), comprensivo di eventuali appendici e Allegati;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Le Condizioni Generali di Assicurazione, redatte secondo la normativa dei contratti semplici e chiari, sono comprensive anche di un Glossario che rende il testo che segue facilmente comprensibile.

Per tutte le comunicazioni inerenti il contratto, per le quali non è richiesta una specifica modalità così come indicato nel Set Informativo, il Contraente potrà rivolgersi all'intermediario incaricato dalla Società a cui è stato assegnato il contratto oppure potrà scrivere direttamente alla Società:

Groupama Assicurazione S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone
Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma (RM)

L'elenco degli intermediari incaricati è disponibile nel nostro sito internet al link: <https://www.groupama.it/>

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

Avvertenza.

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

GLOSSARIO

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

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

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. 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, 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: capitale assicurato che è pagato al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Capitale in caso di invalidità da infortunio o malattia: capitale assicurato che è corrisposto in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che ha come conseguenza un'invalidità permanente così come definita nelle condizioni di assicurazione.

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

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

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

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

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

Contraente: persona giuridica, che può coincidere o no con 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 al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

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

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

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.

Dichiarazioni del Contraente: modulo costituito da dichiarazioni che il Contraente deve sottoscrivere sullo stato di salute degli Assicurandi per l'assicurabilità del gruppo stesso.

Dichiarazioni dell'Assicurato: modulo costituito da dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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



Garanzia: copertura prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario.

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

Impresa di assicurazione: vedi "Società".

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

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

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

Invalidità permanente totale per i soli Dirigenti Industriali: sopravvenuta infermità, difetto fisico o mentale conseguente ad infortunio o malattia, comunque indipendente dalla volontà dell'Assicurato, ed oggettivamente accertabile, che abbia ridotto in modo permanente a meno di 1/3 del normale la capacità lavorativa specifica del dirigente (invalidità superiore al 66%).

Invalidità permanente totale per lavoratori di qualsiasi ordine e grado diversi da dirigenti industriali: perdita sopravvenuta, conseguente ad infortunio o malattia, definitiva ed irrimediabile e oggettivamente accertabile, in misura pari o superiore al 66%, della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione esercitata. Ai fini del pagamento della prestazione, si richiede la risoluzione del rapporto di lavoro, quale conseguenza diretta ed esclusiva dell'invalidità.

Invalidità permanente totale per associati o appartenenti ad altre collettività: perdita sopravvenuta, conseguente ad infortunio o malattia, definitiva ed irrimediabile e oggettivamente accertabile, in misura pari o superiore al 66% della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione esercitata.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

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

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

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

Polizza Temporanea caso morte/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 entro un termine prestabilito (scadenza del contratto).

Premio totale: importo che il Contraente si impegna a corrispondere per l'annualità assicurativa.

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

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

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.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza).

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



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

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

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di polizza, la corresponsione dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

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

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta.

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

Scadenza anniversaria: vedi "Ricorrenza annuale".

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

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

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

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

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



CHE COSA È ASSICURATO

ART. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO

MenteSerena Collettività è un contratto assicurativo in forma collettiva monoannuale, rinnovabile annualmente, stipulato dal contraente per la copertura di un gruppo omogeneo di persone, obbligatoriamente incluse nel contratto in virtù dell'appartenenza al gruppo. L'obbligatorietà dell'adesione può derivare, per i Dirigenti industriali o lavoratori di diverso ordine e grado da un contratto collettivo nazionale o integrativo aziendale, ovvero da un accordo o regolamento aziendale; negli altri casi, tipicamente, da accordi associativi che vincolano gli appartenenti al gruppo.

Il contratto MenteSerena Collettività può avere ad oggetto:

- la copertura del rischio di Decesso (Opzione A) o
- la copertura dei rischi di Decesso e invalidità permanente totale da infortunio e malattia (Opzione B).

L'Opzione prescelta è riportata in Polizza (Mod. 220363P) ed è valida per tutti gli Assicurati appartenenti al gruppo.

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.

ART. 2 LE PRESTAZIONI

Il contratto, a seconda dell'Opzione prescelta, prevede una o entrambe le coperture assicurative che seguono:

Decesso (operante in entrambe le opzioni A e B)

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale **e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati, del capitale assicurato indicato in Polizza (Mod. 220363P).

Invalidità permanente totale da infortunio o malattia (operante solo nell'Assicurazione temporanea di OPZIONE B)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, divenga invalido in modo permanente, **così come definito nel glossario in funzione della categoria assicurata, e a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, è previsto il pagamento, a favore dell'Assicurato, del capitale assicurato indicato in Polizza (Mod. 220363P).

Il pagamento della prestazione di invalidità totale e permanente estingue la copertura per la singola posizione individuale.

Qualora nessun evento garantito in polizza (Mod. 220363P) si verifica nel corso del periodo annuale di copertura, la Società non è tenuta ad alcuna prestazione ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Il presente contratto non prevede coperture complementari.



ART. 3 - ASSICURATI

L'assicurazione si estende a tutti gli appartenenti al gruppo individuati in polizza, per i quali la Società ha accettato il rischio ed il Contraente ha corrisposto il relativo premio e l'eventuale sovrappremio, ove richiesto.

In fase di emissione della polizza, la Contraente, affinché possa attivare la copertura assicurativa, fornisce alla Società, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo degli Assicurati, precisando per ognuno di essi: cognome, nome, codice fiscale, capitale da assicurare, indirizzo di residenza in Italia, cittadinanza, se persona politicamente esposta, documento di riconoscimento in corso di validità.

La Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle Condizioni previste in polizza.

ART. 4 - CAPITALI ASSICURATI

Il capitale garantito per ciascun Assicurato è determinato a seconda della collettività in base a quanto previsto dal CCNL, accordo integrativo, regolamento aziendale/associativo.

Il Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo è tenuto a dare comunicazione del capitale da sottoscrivere per ciascun Assicurato. L'importo del capitale assicurato è quale risulta indicato in polizza o, in caso di successive modifiche, tempestivamente comunicate per iscritto, nelle 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.

CHE COSA NON È ASSICURATO

ART. 5 - PERSONE NON ASSICURABILI

Età

Non sono assicurabili tutti gli appartenenti al gruppo che al momento dell'ingresso in copertura o in occasione dei successivi rinnovi annuali hanno età assicurativa:

- inferiore a 18 anni e
- superiore a 75 anni per la copertura del rischio di Decesso;
- superiore a 70 anni per la copertura dei rischi di Decesso e Invalidità permanente totale.

Residenza

Non sono assicurabili tutti gli appartenenti al gruppo che non siano residenti in Italia, Stato Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.

L'eventuale perdita del requisito di residenza in uno degli Stati suddetti comporta la cessazione dell'assicurazione.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA

ART. 6 - ESCLUSIONI

L'assicurazione vale per qualunque causa, con le seguenti esclusioni e limitazioni.

È escluso dalla garanzia il decesso e l'invalidità permanente totale causati da:

- a) attività dolosa del beneficiario;**
- b) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;**
- c) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare;**
- d) partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile se l'Assicurato**
 - raggiunge un Paese dove è in corso una situazione di guerra o simili oppure**
 - si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso o l'invalidità totale e permanente si verificano dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
- e) 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;**
- f) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;**
- g) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico;**
- h) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione per il singolo Assicurato (salvo diversa pattuizione contenuta nel CCNL o fonte normativa della copertura).**

È altresì esclusa dall'assicurazione l'invalidità permanente totale di soggetti che, precedentemente all'ingresso in copertura, hanno:

- ottenuto il riconoscimento di invalidità totale e permanente dall'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza;**
- inoltrato pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza, che si sono poi concluse con esito positivo.**

Se il decesso o l'invalidità permanente totale dell'Assicurato è conseguenza di una delle cause di esclusione della garanzia, la Società non riconosce alcuna prestazione, la copertura assicurativa del singolo Assicurato si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società, salvo il rimborso del rateo di premio relativo al periodo per il quale la copertura non ha avuto effetto.

ART. 7 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Qualora uno stesso evento accidentale coinvolga più persone assicurate col medesimo contratto, la Società corrisponderà un importo massimo 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 in polizza mod. 220363P.

Esempio di operatività

Contratto con:

- 20 assicurati
- capitale pro-capite: 50.000

A seguito dello stesso evento sono colpite da sinistro indennizzabile ai sensi del contratto 15 persone.

Il capitale massimo erogabile è pari a $50.000 \times 6 = 300.000$ che verranno poi suddivisi per il numero di teste colpite da sinistro indennizzabile, ossia $300.000 / 15 = 20.000$ Euro ciascuno.

CHE OBBLIGHI HO / CHE OBBLIGHI HA L'IMPRESA

ART. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dei singoli Assicurati devono essere veritiere, complete e corrette.

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

La Società ha diritto,

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

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

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

- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;

di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in proporzione al premio convenuto e a quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato del rischio.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla Società.

ART. 9 – OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE

Prima della stipula del contratto assicurativo, il Contraente ha l'obbligo di:

1. consegnare all'Assicurato i seguenti documenti:
 - a. Set Informativo Mod. 220363C;
 - b. Informativa Privacy;



2. far compilare e sottoscrivere all'Assicurato la Scheda di adesione (Mod. 220363S), laddove prevista, per raccogliere:
 - a. le informazioni funzionali alla valutazione del rischio da parte della Società (a seconda dei casi: le Dichiarazioni o il Questionario dell'Assicurato);
 - b. il consenso al trattamento di dati particolari;
 - c. il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 CC;
3. fornire alla Società la Scheda di adesione (Mod. 220363S) sottoscritta da ogni assicurando e, ove richiesto, l'ulteriore documentazione sanitaria prevista (Rapporto di visita medica ed eventuali accertamenti sanitari);
4. consegnare tempestivamente alla Società il consenso privacy e il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita sottoscritto da ogni Assicurato qualora questa ne faccia richiesta nei casi in cui è prevista la sola Dichiarazione del Contraente (Mod. 220363D) per la sottoscrizione della Polizza, come disciplinato dal seguente Art.10.

Infine, qualora gli assicurati sostengano, in tutto o in parte l'onere del pagamento del premio, il Contraente si impegna inoltre a sottoporre all'Assicurato e di restituirlo alla Società, compilato e sottoscritto, il questionario di Valutazione delle richieste e dei bisogni assicurativi e il questionario di Adeguata verifica vita.

ART. 10 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Il Contraente richiede alla Società l'attivazione della copertura per i singoli Assicurandi, indicando l'importo del capitale da assicurare e la data a partire dalla quale la copertura dovrà avere effetto; a tale scopo il Contraente fornisce alla Società la documentazione necessaria per la valutazione del rischio, specificata nell'Allegato II della Polizza (Mod. 220363P).

La documentazione di cui sopra deve essere presentata anche per i nuovi ingressi in corso di validità del contratto o in caso di aumento del capitale assicurato per una persona già presente in copertura.

Le modalità di assunzione del rischio da parte della Società sono definite in base all'importo del capitale da assicurare e alla numerosità del gruppo degli Assicurandi.

In presenza di gruppi di Assicurandi di numerosità elevata e di capitali da assicurare contenuti, è richiesta la sola Dichiarazione del Contraente riguardante lo stato di salute degli Assicurandi.

La Società si riserva comunque, sulla base della documentazione sanitaria ricevuta, la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari (anche laddove sia prevista la sola compilazione delle dichiarazioni sopra menzionate), 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.

La polizza potrà essere perfezionata solo a seguito del parere favorevole della Società e alle condizioni dalla stessa indicate.

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, sostenendone i relativi costi.

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari previsti è a carico dell'Assicurato, salvo diversa pattuizione.



ART. 11 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Al fine di ottenere il pagamento della garanzia assicurata, l'avente diritto dovrà inviare richiesta scritta alla Società o all'intermediario che ha in gestione il contratto, fornendo i 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 decesso 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;
- copia del modello INPS 01/M dal quale si rilevi la qualifica del dipendente ed il CCNL applicato;
- documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto (non richiesta nel caso in cui il beneficio della prestazione sia attribuito in Polizza (Mod. 220363P) al Contraente):

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

In presenza di testamento, 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 polizza, 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 erede con la specifica che tali eredi sono testamentari e non esistono altri eredi testamentari oltre quelli indicati; in caso contrario (ossia in caso di designazione beneficiaria attribuita al momento dell'ingresso in polizza 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 per ciascuno di essi e la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono unici e non esistono altri eredi oltre quelli indicati.

- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di Beneficiario 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.



In caso di invalidità permanente (se tale garanzia è esplicitamente richiamata in Polizza):

- copia del modello INPS 01/M dal quale si rilevi la qualifica ed il CCNL applicato per coperture relative a lavoratori dipendenti previste da contratti collettivi nazionali di lavoro;
- la documentazione prevista nell'Allegato A, in funzione della categoria assicurata e del capitale assicurato.

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

La Società si riserva di chiedere l'originale della Polizza (Mod. 220363P) se il beneficiario intende far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della stessa, oppure venga contestata l'autenticità della Polizza (Mod. 220363P) o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intenda far valere.

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

ART. 12 - ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE (OVE PREVISTA)

Qualora si verifichi l'invalidità dell'Assicurato, come definita nel Glossario, deve essere fatta denuncia, **mediante comunicazione scritta**, come indicato al precedente art. 11. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della comunicazione, completa di tutta la documentazione richiesta al precedente art. 11.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dell'Invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di Invalidità, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società, salvo quando diversamente previsto dall'Allegato A, si impegna ad accertare l'invalidità permanente tramite visita medico legale che viene effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data della denuncia di cui sopra o dalla data di ricevimento dell'ulteriore documentazione richiesta. La Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate durante il periodo di accertamento dell'invalidità e fino alla data della comunicazione, inviata dalla Società al Contraente, del riconoscimento dell'invalidità.

Se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 13, il pagamento del premio cessa definitivamente e la Società corrisponde la prestazione garantita.

Eseguito a tale titolo il pagamento del capitale assicurato, la copertura si estingue per il singolo Assicurato, e nulla è più dovuto in caso di decesso dello stesso.

Se l'invalidità non viene riconosciuta dalla Società, le garanzie restano in vigore, fermo restando che **il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei premi corrispondendo anche quelli scaduti successivamente alla data della denuncia.**

Fermo restando le esclusioni e le limitazioni previste, il decesso dell'Assicurato intervenuto durante l'accertamento equivale ad avvenuto riconoscimento dell'Invalidità da parte della Società.

ART. 13 - CONTROVERSIE SULL'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ: COLLEGIO ARBITRALE

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo tra



le due parti. o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 14 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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

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

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

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

Resta fermo che nelle coperture in caso di decesso e invalidità permanente il pagamento di una prestazione estingue l'altra.

Si precisa che i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda per quanto attiene la garanzia Decesso, in due per la garanzia di Invalidità permanente totale (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.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

ART. 15 - PREMIO

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio per la totalità degli Assicurati in via anticipata per ciascuna annualità assicurativa.

Il premio monoannuale dovuto per ciascun Assicurato è determinato in relazione alla tipologia di assicurazione prescelta, all'importo del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato e allo stato di salute e/o alle attività professionali o sportive dichiarate, ove previsto. **Tale premio può essere comprensivo anche di eventuali sovrappremi.**

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, il premio sarà ridotto in proporzione all'effettiva durata della copertura (alla sottoscrizione o in caso di successiva inclusione in copertura).



Al rinnovo, il premio sarà ricalcolato su base annuale avendo riguardo agli stessi parametri di cui sopra e, in assenza di variazioni sarà aggiornato in relazione all'età raggiunta.

Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

Per Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo assicurativo, è dovuto un rateo di premio calcolato in 360esimi e determinato in proporzione alla durata della copertura. In caso di inclusione coincidente con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, il premio monoannuale è dovuto per intero.

Le operazioni di inclusione vengono perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Società e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

Esclusioni nel corso del periodo assicurativo

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo, per cause diverse dal decesso o dall'insorgenza dell'invalidità permanente, è rimborsato il rateo di premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio.

Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Società.

Variazioni nel corso del periodo assicurativo

Le eventuali variazioni di capitale assicurato da apportare per ciascun Assicurato devono essere comunicate almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione ed entreranno in vigore dalle ore 24:00 del giorno indicato nelle Appendici emesse dalla Società, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

I 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.

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

ART. 16 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE

Il mancato pagamento del premio relativo alle annualità successive, entro il termine di 30 giorni dalla data di scadenza indicata in polizza o nelle successive Quietanze, determina la risoluzione del contratto.

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.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

ART. 17 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e gli Assicurati hanno dato il loro consenso.

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

Il 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.

Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

La garanzia assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza o dalla data di decorrenza sulla stessa indicata, se successiva, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

Variazioni nel corso del periodo assicurativo

In caso di aumenti di capitale a favore di Assicurati già inseriti in copertura nei precedenti periodi annuali, la variazione diviene efficace alle ore 24:00 del giorno indicato nelle Appendici di variazione emesse dalla Società, a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio.

ART. 18 – DURATA DEL CONTRATTO - DISDETTA

L'assicurazione è annuale, rinnovabile annualmente, salvo diversa pattuizione.

La durata del contratto è indicata nel documento di Polizza.

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

La richiesta di disdetta deve essere inviata a:

- **Groupama Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Linea Persone - Viale Cesare Pavese
n°385 – 00144 Roma**

o

- **all'Intermediario con la quale il contratto è stato sottoscritto.**

Ciascuna posizione individuale ha durata pari ad 1 anno (o inferiore ad 1 anno, per ingressi in assicurazione in data diversa dalla decorrenza o dalla ricorrenza annuale) e si rinnova automaticamente di anno in anno, fino al verificarsi di una delle seguenti situazioni:

- scadenza del contratto;
- comunicazione di perdita dei requisiti che hanno consentito l'ingresso in assicurazione;
- **superamento dei 75 anni per la copertura del rischio di Decesso (Opzione A), ovvero di 70 anni per la copertura dei rischi di Decesso e Invalidità permanente totale (Opzione B), qualora il superamento abbia luogo nel corso dell'annualità assicurativa, la copertura sarà mantenuta fino alla relativa scadenza, in occasione della quale non potrà essere ulteriormente rinnovata;**
- pagamento della prestazione per decesso o per invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Il Contraente entro 30 giorni dalla perdita dei requisiti che hanno consentito l'ingresso in assicurazione di un Assicurato è tenuto a darne comunicazione alla Società, ciò determinerà l'esclusione dell'Assicurato dall'assicurazione dalle ore 24:00 del giorno indicato nell'appendice di esclusione.



COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA / RECEDERE DAL CONTRATTO

ART. 19 - REVOCA DELLA PROPOSTA

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

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

ART. 20 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

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

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

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

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI

ART. 21 - RISCOATTO E RIDUZIONE

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

ALTRE DISPOSIZIONI

ART. 22 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO

Il Contraente designa i beneficiari in caso di decesso.

È prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi i Beneficiari in caso di decesso che, salva sua espressa diversa volontà, saranno designati in forma nominativa, ossia con indicazione dei dati anagrafici completi, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i recapiti, anche di posta elettronica.

In caso di invalidità permanente Beneficiario della prestazione è l'Assicurato stesso.

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

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

Il Contraente o l'Assicurato possono revocare o modificare tale designazione in qualsiasi momento, fatta eccezione per i seguenti casi:

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

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

ART. 23 – CESSIONE, VINCOLO

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

Il Contraente ha facoltà altresì di vincolare il capitale assicurato, o parte di esso, sia in fase di emissione polizza, sia successivamente dietro comunicazione scritta. Tale atto è efficace quando risulta in polizza o dal momento in cui la Società ne prende atto con specifica appendice.

In presenza di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del soggetto vincolato.

ART. 24 – IMPIGNORABILITA' E INSEQUESTRABILITA'

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 c.c.).

ART. 25 - OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

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

Qualora la Società, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, per espressa disposizione di legge, non sarà possibile dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere (art. 42 del D.lgs 231/2007 come modificato dal D.lgs 90/2017), senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.



ART. 26 - IMPOSTE E ONERI FISCALI

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

ART. 27 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)

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

ART. 28 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 29 - FORO COMPETENTE

Fatta eccezione per il caso in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o il Beneficiario 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 la Contraente e la Società è competente in via esclusiva il Foro di Roma.

Mod. 220363 Ed. 10-2022

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

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



ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE E ACCERTAMENTO IN CASO DI SINISTRO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DELL'ASSICURATO

A. Per i lavoratori di qualsiasi ordine e grado diversi da dirigenti industriali:

1. Copia della domanda per l'accertamento dell'inabilità o dell'invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva;
2. Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto considerate valide le attestazioni relative al riconoscimento dell'Invalidità Civile di cui alla L. 118/1971);
3. Certificato del medico curante, redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite dei propri intermediari, unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità.
4. dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro, quale conseguenza diretta ed esclusiva dell'invalidità.

La Società, ricevuta la documentazione, procederà con l'accertamento autonomo dell'Invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno del diritto alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario di invalidità permanente dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato.

B. Per i dirigenti industriali:

In caso di accertamento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno ordinario di invalidità da parte dell'Ente di Previdenza (I.N.P.S.), la Società, dopo aver ricevuto copia della domanda di accertamento e il certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente di Previdenza (I.N.P.S.) del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto considerate valide le attestazioni relative al riconoscimento dell'Invalidità Civile di cui alla L. 118/1971), procede al pagamento della prestazione fino ad un limite di capitale assicurato pari a 300.000,00 euro.

Per l'eventuale parte eccedente il suddetto limite di capitale assicurato, la Società si riserva il pieno e incondizionato diritto di procedere con l'accertamento autonomo, dietro ricevimento del certificato del medico curante, redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite dei propri intermediari, unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità.

In caso di riconoscimento di invalidità totale e permanente da parte di un altro Ente Previdenziale, la Società procederà con l'accertamento autonomo, dietro ricevimento del certificato del medico curante di cui sopra.

C. Per associati o appartenenti ad altre collettività:

1. Copia della domanda per l'accertamento dell'inabilità o dell'invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva;



2. Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto considerate valide le attestazioni relative al riconoscimento dell'Invalidità Civile di cui alla L. 118/1971);
3. Certificato del medico curante, redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite delle proprie agenzie, unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità.

La Società, ricevuta la documentazione, procederà con l'accertamento autonomo dell'Invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno del diritto alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario di invalidità permanente dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato.



Documento di: **Polizza**

DATI CONTRATTO

Agenzia: _____ Cod. Agenzia: _____ Cod. SubAgenzia: _____
N. POLIZZA _____ Tacito Rinnovo: _____
Dalle Ore 24:00 del _____ Alle Ore 24:00 del _____ Durata: Anni _____ Mesi _____ Giorni _____
Scadenza Copertura: _____ Frazionamento: _____ Data Emissione: _____

CONTRAENTE

Denominazione _____ Partita Iva _____ Tipo Società _____
Data di sottoscrizione _____
Indirizzo di sede _____ Località _____ Comune _____
Provincia _____ Nazione _____
Tipologia Contraente _____

ESECUTORE

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

TITOLARE EFFETTIVO

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

ADERENTE (se Contraente Cassa)

Denominazione _____ Partita Iva _____ Tipo Società _____
Data di sottoscrizione _____
Indirizzo di sede _____ Località _____ Comune _____
Provincia _____ Nazione _____

Beneficiario in caso di Decesso:

- gli eredi testamentari, o in mancanza, gli eredi legittimi
- come indicato nella "Scheda dell'Assicurato"

In caso di Invalidità permanente totale da infortunio o malattia: l'Assicurato stesso

Categoria Assicurati: _____
Numero Totale Assicurati: _____

Garanzia assicurata

Decesso o Decesso e invalidità permanente totale da
infortunio o malattia

**Capitale totale
Assicurato**

Premio netto totale



SVILUPPO DEI PREMI

	Premio netto	Diritti	Totale imponibile	Imposte	Premio Totale
Rata alla firma					

Il presente atto è emesso in ____ esemplari ad un solo effetto in _____ il _____.

Il pagamento del premio è stato effettuato il _____.

NOTE AUTORIZZATIVE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Entro 30 giorni dal perfezionamento del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto. Il diritto di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Set Informativo, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente:

- dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le Condizioni contrattuali, nonché le clausole contenute nel presente documento di Polizza;**
- dichiara di aver verificato, prima della sottoscrizione del contratto, l'esattezza delle dichiarazioni riportate in Polizza relativamente allo stato di salute e/o allo stile di vita degli Assicurati. Ai fini del rinnovo della Polizza, si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni relative allo stato di salute e/o stile di vita degli Assicurati, riferitegli dagli Assicurati stessi o di cui è comunque venuto a conoscenza;**
- prende atto che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto, anche se fornite da terzi, possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- è consapevole che, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, gli Assicurati possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sostenendone direttamente i costi, non quantificabili a priori, in quanto dipendono dalla tariffa applicata dalla struttura medica liberamente scelta dall'Assicurato.**

Il Contraente, ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile, si impegna a corrispondere l'intera prima annualità di premio.

IL CONTRAENTE



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio per la totalità degli assicurati in via anticipata per ciascuna annualità assicurativa.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

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

In caso di pagamento tramite bonifico su conto corrente intestato a Groupama Assicurazioni S.p.A., il conto corrente da accreditare è acceso su Unicredit S.p.A. ed ha codice IBAN IT 34 C 02008 05364 000004953304. I premi corrisposti dal Contraente vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine", pertanto il contratto si intenderà perfezionato e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento.

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.
Il Rappresentante legale

IL CONTRAENTE

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, il Set Informativo Modello 220363C composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 220363DV Ed. 10/2022), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220363DA Ed. 10/2022), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 220363 Ed. 10/2022), Polizza (Mod. 220363P Ed. 10/2022) e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

Il Contraente dichiara di approvare espressamente, anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: 5 – Persone non assicurabili; 6 – Esclusioni; 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati; 9 – Obblighi a carico del Contraente; 11 – Denuncia del sinistro; 12 – Accertamento dell'invalidità permanente (ove prevista); 14 – Liquidazione del sinistro; 15 – Premio; 16 – Mancato pagamento dei premi: risoluzione; 18 – Durata del contratto – Disdetta; 27 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause).

IL CONTRAENTE

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.

Firma dell'Agente/Collaboratore

Data di sottoscrizione

Mod. 220363P Ed. 10-2022

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

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





Allegato I

ELENCO ASSICURATI

[illegible]



Allegato II

Modalità assuntive e tassi di premio

Capitali assicurati*	Numerosità assicurati		
	Da 3 a 10	Da 11 a 30	Oltre 30
Fino a 300.000,00	Questionario dell'Assicurato	Dichiarazioni dell'Assicurato	Dichiarazione del Contraente In alternativa Questionario dell'Assicurato
Da 300.000,01 a 500.000,00	Questionario dell'Assicurato		Dichiarazione della Contraente In alternativa Questionario dell'Assicurato
Da 500.000,01 a 700.000,00	Questionario dell'Assicurato Rapporto di visita medica		
Oltre 700.000,00	Questionario dell'Assicurato Rapporto di visita medica Esami del sangue: Emocromo completo con formula leucocitaria; Glicemia + Emoglobina glicosilata; Azotemia, Uricemia, creatinemia + Gfr; colesterolo totale, HDL ; LDL; transaminasi AST, ALT, GAMMA GT; VES; HbsAG e Anti HCV; Anti HIV; PCR; Omocisteina, Tempo di protrombina, triglicidemia; fosfatasi alcalina; fibrinogeno, Elettroforesi siero proteica Ecg a riposo e sotto sforzo con tracciati completi per assicurati di età > 50 anni		

() L'importo del capitale assicurato, da considerare ai fini delle informazioni e degli accertamenti sanitari richiesti, corrisponde al cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di morte del capitale che si intende assicurare con l'adesione alla presente copertura assicurativa.*

Tassi di premio per euro 1.000 di capitale assicurato

(applicabili per Assicurandi di sesso maschile e femminile al netto della cifra fissa)

Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
18	XXX	30	XXX	42	XXX	54	XXX	66	XXX
19	XXX	31	XXX	43	XXX	55	XXX	67	XXX
20	XXX	32	XXX	44	XXX	56	XXX	68	XXX
21	XXX	33	XXX	45	XXX	57	XXX	69	XXX
22	XXX	34	XXX	46	XXX	58	XXX	70	XXX
23	XXX	35	XXX	47	XXX	59	XXX		
24	XXX	36	XXX	48	XXX	60	XXX		
25	XXX	37	XXX	49	XXX	61	XXX		
26	XXX	38	XXX	50	XXX	62	XXX		
27	XXX	39	XXX	51	XXX	63	XXX		
28	XXX	40	XXX	52	XXX	64	XXX		
29	XXX	41	XXX	53	XXX	65	XXX		