

**PROTEZIONE****MY PROTECTION
PREMORIENZA.****CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO
TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE E PREMI ANNUI COSTANTI.**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

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.

Premorienza – My Protection -

Ed. 02/2026

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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

- ✓ **Premorienza:** il riconoscimento, a favore dei beneficiari designati in polizza, del capitale scelto al momento della sottoscrizione ed indicato in polizza. Il capitale assicurato non può essere inferiore a 50.000,00 Euro, ne può superare l'importo di 150.000,00 Euro.

È garanzia facoltativa:

Complementare Beneficio orfani: è assicurato, in caso di decesso del coniuge, successivamente o contemporaneamente al decesso dell'Assicurato, un capitale aggiuntivo, pari a quello assicurato con la garanzia Premorienza ed indicato in polizza, a beneficio dei figli in parti uguali.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra;
- ✗ Malattie/infortuni intenzionalmente procurati;
- ✗ Abuso di alcool o di farmaci, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- ✗ Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ Eventi direttamente collegati a determinate attività professionali e sportive, quali ad esempio lavori in pozzi, gallerie, cave, e rafting, pugilato, kajak;
- ✗ La pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri.



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato, quali le variazioni dello stato tabagico. È prevista la compilazione di uno specifico questionario denominato "Questionario sanitario".

le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti potrebbero comportare effetti sulla prestazione; se si è agito con dolo o con colpa grave, possono essere causa di annullamento del contratto.

- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione i beneficiari designati in polizza devono fare richiesta scritta alla Società presentando copia del documento d'identità in corso di validità, copia del codice fiscale, indicazione del codice IBAN del conto su cui effettuare il pagamento della prestazione e ogni documentazione atta a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Possono anche avvalersi del modulo predisposto dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali e mensili senza applicazione di alcuna maggiorazione. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno, bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico. Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto, indicata in polizza, può essere fissata in misura pari a 5, 10 o 15 anni. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalle ore 24 della data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza, sempre che tu sia in regola con il pagamento dei premi.



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

Prima della conclusione del contratto, puoi revocare 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. Puoi risolvere il contratto mediante interruzione del pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

In caso di sospensione dei premi, la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società. Entro 6 mesi dall'interruzione, hai la facoltà di riattivare la polizza dietro pagamento di tutti gli arretrati. Trascorsi sei mesi dall'interruzione del pagamento dei premi, l'assicurazione non può più essere riattivata.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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



Groupama
Assicurazioni

Prodotto: My Protection

Data: 02/2026 Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. 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.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 629,2 milioni di euro ed il risultato economico dell'esercizio è pari a 11,6 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 221.12%. 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>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

È escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- ✗ malattie/infortuni intenzionalmente procurati, abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, reattori nucleari, in cisterne, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive o corrosive;
- ✗ eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kayak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 3° grado della scala U.I.A.A., vela di altura, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.);
- ✗ la pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri

	Groupama 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.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre protezione economica ai Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato. Sottoscrivibile da soggetti con età assicurativa compresa tra 18 e 60 anni (fino a 75 anni alla scadenza del contratto).



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

In caso di premio annuo:

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza e di quietanza	1,00 Euro (*)	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Caricamento in cifra fissa: 20,00 Euro annui	Ad ogni rata di premio rapportato al frazionamento	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
	Caricamento percentuale: 31%	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti e del caricamento in cifra fissa

(*) Si evidenzia che in caso di adozione del frazionamento mensile con pagamento del premio mediante procedura SDD, essendo prevista la corresponsione anticipata di tre mensilità, i diritti di emissione ammontano complessivamente a 3,00 Euro.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 70%.

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:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
Mediazione	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare 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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A..
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'Arbitrato può essere attivato, ove previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per la risoluzione di controversie circa la quantificazione del danno, da un arbitro designato dalle parti o, in mancanza di accordo, da un soggetto terzo. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi: I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, devi aver stipulato il contratto nel tuo interesse o di
---	--

	persona fiscalmente a carico. Tassazione delle prestazioni: I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato, ai sensi del presente contratto, non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni. I capitali, 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.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Il cliente, precedentemente affetto da patologie oncologiche, il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.groupama.it/diritto-oblio-oncologico/.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. La Compagnia ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 (RICHIESTA DI MODIFICHE ANAGRAFICHE, DENUNCIA SINISTRI).

PAGINA NON UTILIZZABILE



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MY PROTECTION PREMORIENZA.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

PREMESSA	2
GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato	7
Art. 2 Diritto di revoca della proposta	7
Art. 3 Conclusione ed efficacia del contratto	7
Art. 4 Diritto di recesso del contraente	7
Art. 5 Riscatto e riduzione	8
Art. 6 Antiriciclaggio e obblighi di restituzione	8
Art. 7 Cessione, vincolo	8
Art. 8 Beneficiario/referente terzo	8
Art. 9 Aggravamento/diminuzione del rischio in corso di validità del contratto	9
Art. 9.1 Aggravamento del rischio	9
Art. 9.2 Diminuzione del rischio	9
Art. 10 Imposte e oneri fiscali	9
Art. 11 Foro competente	9
Art. 12 Validità territoriale	9
Art. 13 Rinvio alle norme di legge	9
CONDIZIONI DELLA GARANZIA PREMORIENZA	10
COSA È ASSICURATO	10
Art. 14 Premorienza	10
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	10
Art. 15 Capitali, durata, età assicurabile	10
Art. 16 Modalità assuntive	10
COSA NON È ASSICURATO	10
Art. 17 Esclusioni	10
LIMITI DI COPERTURA	11
Art. 18 Carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica	11
PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE	11
Art. 19 Premi	11
Art. 20 Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione	11
Art. 21 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione	11
NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO	12
Art. 22 Modifica del comportamento tabagico dell'assicurato	12
Art. 22.1 Aggravamento di rischio: passaggio da stato di non - fumatore a fumatore	12
Art. 22.2 Diminuzione di rischio: passaggio da stato di fumatore a non - fumatore	12
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	12
Art. 23 Denuncia del sinistro	12
Art. 24 Liquidazione del sinistro	13
Art. 25 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (sanction limitation and exclusion clause)	14
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI	15
COSA È ASSICURATO	15
Art. 26 Complementare beneficio orfani	15
Art. 27 Beneficiari	15
COSA NON È ASSICURATO	15
Art. 28 Esclusioni	15
LIMITI DI COPERTURA	15
Art. 29 Carenza	15
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	15
Art. 30 Premi	15
Art. 31 Cessazione della garanzia e limiti di età	15
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	15
Art. 32 Denuncia e liquidazione del sinistro	15

Premessa

Il Contratto è disciplinato:

- dalle **Condizioni di Assicurazione** che seguono;
- da quanto indicato nel documento di polizza (mod. 220334P), comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

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

Avvertenza

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

GLOSSARIO

Ai seguenti termini viene attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, valido agli effetti delle garanzie prestate.

ANNO ASSICURATIVO

periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

APPENDICE

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

ASSICURATO

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

BENEFICIARIO

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

CAPITALE IN CASO DI DECESSO

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

CARENZA

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

CARICAMENTI

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

CESSIONE

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

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

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

CONTRAENTE

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

CONTRATTO (DI ASSICURAZIONE SULLA VITA)

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

COSTI (O SPESE)

oneri a carico del Contraente gravanti sui premi.

DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)

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

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

DIRITTI

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

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)

diritto del Beneficiario alle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto di designazione da parte 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.

FUMATORE

il soggetto che fuma sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro e non può essere definito "Non Fumatore", come da successiva definizione. Lo stato di "Fumatore" deve risultare dalle dichiarazioni rese dall'Assicurato nella Polizza.

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

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

IMPRESA DI ASSICURAZIONE

vedi "Società".

INFORTUNIO

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

INDICI DI SOLVIBILITÀ

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

INTERMEDIARIO

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

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

LIQUIDAZIONE

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

MALATTIA

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

NON FUMATORE

il soggetto che non ha mai fumato sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Polizza. Lo stato di "Non Fumatore" deve risultare dalle dichiarazioni rese dall'Assicurato nella Polizza.

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

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

PREMIO ANNUO

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

PREMIO COMPLESSIVO (O LORDO)

importo complessivo 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. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

PRESCRIZIONE

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

PRESTAZIONE ASSICURATA

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

PRINCIPIO DI ADEGUATEZZA

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

PROPOSTA

documento eventualmente sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO)

modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

QUIETANZA

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

RECESSO (O RIPENSAMENTO)

diritto del Contraente di ritirarsi dal contratto e farne cessare gli effetti.

REFERENTE TERZO

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

REVOCA

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

RIATTIVAZIONE

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

RICORRENZA ANNUALE

l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

RIDUZIONE

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

RISCATTO

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

RISCHIO DEMOGRAFICO

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

SCADENZA CONTRATTUALE

data in cui cessano gli effetti del contratto.

SCADENZA ANNIVERSARIA

vedi "Ricorrenza annuale".

SET INFORMATIVO

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

SINISTRO

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

SOCIETÀ (DI ASSICURAZIONE)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

VINCOLO

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette.

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

La Società ha diritto,

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

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

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

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

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

ART. 2 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA

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

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

ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

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

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

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

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

ART. 4 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

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

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

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

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

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

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

ART. 5 - RISCOATTO E RIDUZIONE

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

ART. 6 - ANTIRICICLAGGIO E OBBLIGHI DI RESTITUZIONE

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

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

ART. 7 - CESSIONE, VINCOLO

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

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

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

ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Contraente e/o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare variazioni dello stato di salute intervenute in corso di contratto.

ART. 9.1 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 9.2 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Per maggiori dettagli si rinvia alla specifica sezione.

ART. 10 - IMPOSTE E ONERI FISCALI

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

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

ART. 12 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CONDIZIONI DELLA GARANZIA PREMORIENZA

COSA È ASSICURATO

ART. 14 - PREMORIENZA

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 15 - CAPITALI, DURATA, ETÀ ASSICURABILE

Il capitale assicurato non può essere inferiore a 75.000,00 Euro, né può superare l'importo di 150.000,00 Euro.

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

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

ART. 16 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Il contratto è assumibile solo previa sottoscrizione del "Questionario sanitario" inerente il proprio stato di salute, per il quale trova piena applicazione l'Art.1.

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

COSA NON È ASSICURATO

ART. 17 - ESCLUSIONI

E' escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;**
- **malattie/infortuni intenzionalmente procurati, abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;**
- **eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, reattori nucleari, in cisterne, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive 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 3° grado della scala U.I.A.A., vela di altura, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.);**
- **la pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri.**

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale previsti all' art. 18.

LIMITI DI COPERTURA

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

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

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

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

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

PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE

ART. 19 - PREMI

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

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

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

I premi corrisposti vengono accettati da Groupama Assicurazioni S.p.A. "salvo buon fine" degli stessi. I premi annui possono essere corrisposti anche in rate frazionate (semestrali, trimestrali o mensili) senza l'applicazione di alcuna maggiorazione per il frazionamento applicato al premio.

In caso di frazionamento, la prima rata di premio è di importo pari all'entità dovuta per la periodicità convenuta, tuttavia, in caso di attivazione del frazionamento mensile, limitatamente al pagamento del premio mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) alla sottoscrizione del contratto è prevista la corresponsione in via anticipata di tre mensilità.

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di emissione di 1,0 Euro (in caso di adozione del frazionamento mensile con pagamento mediante SDD, essendo prevista la corresponsione anticipata di tre mensilità, i diritti di emissione ammontano complessivamente a 3,00 Euro).

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

ART. 20 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE

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

A giustificazione del mancato pagamento, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non abbia inviato avvisi di scadenza, né provveduto all'incasso a domicilio, né la non conoscenza del mancato buon fine dell'addebito in conto corrente in caso di pagamento mediante SDD.

ART. 21 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

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

La riattivazione del contratto ripristina le garanzie assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione dei premi, a partire dalle ore 24:00 del giorno di pagamento dell'importo dovuto. La stessa è subordinata alla dichiarazione dell'Assicurato che dalla data di sospensione del pagamento premi non è incorso in malattie, interventi chirurgici o traumi.

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

NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

ART. 22 - MODIFICA DEL COMPORTAMENTO TABAGICO DELL'ASSICURATO

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare la Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - di ogni modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto.

ART. 22.1 - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO:

PASSAGGIO DA STATO DI NON - FUMATORE A FUMATORE

In caso di aggravamento del rischio, conseguente alla variazione del comportamento tabagico dell'Assicurato (che inizi o riprenda a fumare), rispetto a quanto indicato in Polizza, l'Assicurato stesso deve darne comunicazione scritta alla Società.

In tale circostanza la Società si riserva di verificare le nuove condizioni proponibili, riducendo l'importo del capitale assicurato o aumentando il premio annuo dovuto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante sostituzione di polizza con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione in cui si prende atto o del nuovo capitale assicurato ridotto o del nuovo premio annuo dovuto. L'eventuale modifica avrà effetto dalle ore 24.00 della data di sostituzione, sempre che il contratto sia stato perfezionato.

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

ART. 22.2 - DIMINUZIONE DI RISCHIO:

PASSAGGIO DA STATO DI FUMATORE A NON - FUMATORE

Nel caso in cui l'Assicurato dichiaratosi **"Fumatore"** smette di fumare e diventi **"Non Fumatore"**, così come definito nel glossario, **deve darne comunicazione alla Società** secondo le modalità sopra indicate.

Alla suddetta comunicazione dovrà essere allegata un'autocertificazione dell'Assicurato attestante che ha smesso di fumare da ventiquattro mesi.

La Società verificherà le nuove condizioni proponibili concordando con il Contraente l'aumento dell'importo del capitale assicurato o la diminuzione del premio annuo dovuto.

La stessa prenderà atto di tale passaggio di stato mediante sostituzione di polizza con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla comunicazione in cui si prende atto o del nuovo capitale assicurato aumentato o del nuovo premio annuo dovuto. L'eventuale modifica avrà effetto dalle ore 24.00 della data di sostituzione, sempre che il contratto sia stato perfezionato.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 23 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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 predisposto e messo a disposizione dalla Società.

Documentazione a corredo della richiesta**In caso di morte dell'Assicurato:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 24 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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

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

Decorso il termine suddetto sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente dei Beneficiari.

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

ART. 25 - 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.

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI

(Garanzia attiva se richiamata esplicitamente nel documento contrattuale)

COSA È ASSICURATO**ART. 26 - COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI**

La Società corrisponderà un capitale aggiuntivo, pari a quello dovuto dalla garanzia Premorienza, in caso di morte del coniuge (per coniuge si intende la persona indicata in Polizza) dell'Assicurato, a condizione che:

- ***tale decesso avvenga contemporaneamente o successivamente alla morte dell'Assicurato, ma non oltre la scadenza del contratto;***
- ***al decesso del coniuge, sopravviva almeno uno dei figli della coppia costituita dall'Assicurato e dal coniuge stesso;***
- ***il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti.***

La garanzia non acquisisce valore di riduzione o di riscatto.

ART. 27 - BENEFICIARI

Beneficiari della presente garanzia complementare sono in parti uguali i figli della coppia sopra definita, legalmente riconosciuti e in vita al decesso del coniuge.

COSA NON È ASSICURATO**ART. 28 - ESCLUSIONI**

Alla presente garanzia complementare si applicano le medesime esclusioni previste all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Premorienza.

LIMITI DI COPERTURA**ART. 29 - CARENZA**

Alla presente garanzia complementare si applicano i periodi di carenza previsti all'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Premorienza.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ**ART. 30 - PREMI**

Il costo aggiuntivo annuo della garanzia complementare è incluso nei premi della polizza ed è dovuto a condizione che siano in vita contemporaneamente l'Assicurato ed il coniuge.

ART. 31 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA E LIMITI DI ETÀ

La garanzia cessa quando, per qualsivoglia motivo, si interrompe la corresponsione dei premi o al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso delle rate scadute, premi che in tal caso vanno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO**ART. 32 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO**

Alla presente garanzia complementare si applicano le norme previste agli artt. 23, 24 e 25 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Premorienza.

Documento di: **Polizza**
DATI CONTRATTO

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

CONTRAENTE

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

BENE SPECIALE PERSONA FISICA

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Indirizzo _____ N. Civico _____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione _____
 Fumatore _____ Altezza _____ Peso _____ Classe di rischio infortuni _____
 Professione _____

BENEFICIARIO PREMORIENZA

Beneficiari caso morte _____

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

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

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

REFERENTE TERZO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO: _____

ALLEGATI

Questionario sanitario

Temporanea caso morte a capitale e premio annuo costanti

CAPITALE/MASSIMALI

PREMIO NETTO

	Premio netto	Abbuono	Totale netto	Totale accessori	Totale diritti	Totale imponibile	Totale imposta	Totale
Rata alla firma								
Rate successive								

L'AGENTE

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, deve essere esercitato per iscritto, mediante lettera raccomandata da inviare a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.

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

La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato, al netto delle spese di emissione (diritti di emissione) di 1,0 Euro specificati in polizza e della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle eventuali imposte.

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.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, ove previsto, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano che :

- Non hanno avuto polizze relative ai medesimi rischi annullate da altra Compagnia;
- Non hanno in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio/stessi rischi presso altre Società;
- In relazione alle garanzie acquistate e contrattualmente operanti, di conoscere, aver ricevuto e accettare le corrispondenti Condizioni di assicurazione, che formano parte integrante della presente polizza;
- Lo stato di fumatore relativo alla Persona Assicurata è stato definito nella consapevolezza che è non fumatore il soggetto che non ha mai fumato sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro nel corso dei 24 mesi precedenti la data di emissione della polizza;
- Non hanno taciuto, omissso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente polizza sono assolutamente veritiere per servire di base al contratto proposto; ne assumono la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le loro indicazioni;
- Prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono aver curato e visitato l'Assicurato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni;
- Riconoscono che il consenso al contratto da parte della Società è basato anche sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- 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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione del questionario o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico;
- l'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193/2023 e nei relativi decreti attuativi;
- L'Assicurato dichiara, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, che con la firma della presente, da il proprio assenso alla stipula della polizza sulla sua vita.

L'assicurazione è regolata dal presente documento e relativi allegati, dal Questionario sanitario ove previsto (mod. 220334 ed. 02/2026) e, in relazione alle garanzie prestate e contrattualmente operanti, dalle seguenti condizioni di assicurazione:

Premorienza

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli, il cui testo è in suo possesso (in relazione alle garanzie acquistate e contrattualmente operanti), contenuti nelle condizioni di assicurazione:

Condizioni di Assicurazione "Premorienza":

15 – Capitali, Durata, Età assicurabile; 17 – Esclusioni; 18 – Carenza contrattuale; 19 – Premi; 20 – Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione; 21 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione; 25 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause); 28 – Esclusioni; 29 – Carenza; 30 – Premi; 31 – Cessazione della garanzia e limiti di età

IL CONTRAENTE**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

La periodicità di corresponsione del premio e' indicata nel presente modulo di polizza.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

- 1) assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato o girato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità;
- 2) bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico (per quest'ultimo solo qualora l'intermediario sia dotato di idoneo strumento), comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
- 3) contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia e limitatamente ai contratti in cui non sia richiamata la garanzia Premorienza.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, il Set Informativo Premorienza Modello 220333C Ed. 02/2026 composto da: DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 220333DV Ed. 02/2026), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220333DA Ed. 02/2026), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (mod. 220333 Ed. 02/2026), Polizza (Mod. 220334P Ed. 02/2026) e di aver preso atto di quanto in essi contenuto.

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.

L'AGENTE/COLLABORATORE

Data di sottoscrizione

Mod. 220334P Ed. 02-2026

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 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



QUESTIONARIO SANITARIO

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

E' stato ricoverato o si è affidato negli ultimi 5 anni alle cure di un medico o soffre attualmente per alcuna delle seguenti malattie?

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: asma, enfisema, infezioni bronco-polmonari, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: infarto, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, arteriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti.

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare.

MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE: malattie infettive e infiammatorie del nefrone, calcolosi, insufficienza renale, ipertrofia della prostata, cisti dell'ovaio, fibroma uterino, varicocele.

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE: artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, patologie non trattate con protesi.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: morbo di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, demenza (m. di Alzheimer), SLA.

MALATTIE ENDOCRINO METABOLICHE: diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali.

MALATTIE DEL SANGUE: anemia, leucemia.

MALATTIE DEL CONNETTIVO: connettivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo articolare.

MALATTIE DELL'OCCHIO: cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie vitrali.

TUMORI MALIGNI E BENIGNI

NO SI

E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici diversi da quelli che seguono?

Appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, erniectomia, safenectomia, varicectomia, asportazione della milza a seguito di rottura traumatica, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, settoplastica nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, asportazione di cisti sinoviali, lipomi, neoformazione cutanee benigne, pneumorace traumatico, isterectomia (solo a seguito di fibroma), varicocele, fimosi, alluce valgo (solo se la correzione è operata su entrambi i piedi), interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica

NO SI

Ha subito traumi (cranico, toracico, lombare) che abbiano residuo postumi invalidanti o è titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla ?

NO SI

E' sottoposto a terapie continuative (per un periodo di almeno 30 giorni) o soggetto ad accertamenti clinici e strumentali? Può non considerare i farmaci per la regolazione della pressione arteriosa se la stessa si è normalizzata, e il check up annuale

NO SI

Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche ?

NO SI

Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti, allucinogene o psicofarmaci?

NO SI

E' affetto da AIDS ?

NO SI

Ha difetti fisici e/o costituzionali, diversi da quelli della vista, o disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane o lavorative?

NO SI

E' mai stato sottoposto a terapie radianti, ormonali, trattamenti con cellule staminali, emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?

NO SI

L'ASSICURATO

NOTA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

2. Dati personali trattati

Groupama tratterà dati personali c.d. comuni (ad esempio, dati anagrafici, recapiti) e anche dati c.d. particolari, come quelli relativi alla salute, contenuti nel questionario sanitario.

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà genitoriale dopo aver preso visione della presente informativa.

3. Fonte dei dati trattati

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

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

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

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

	secondo le disposizioni di legge o regolamentari		dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	anni dalla chiusura del sinistro	
III.	Assistenza e gestione delle richieste di informazioni e dei reclami (servizi di customer care e contact center)	Dati anagrafici Dati di contatto Dati particolari (ex sensibili)	Esecuzione di misure precontrattuali richieste dall'interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR)	10 anni dalla data della compilazione del questionario, se non viene perfezionata la polizza, ovvero 10 anni dalla data della scadenza della polizza, se la polizza viene perfezionata. In caso di sinistro, 10 anni dalla chiusura del sinistro	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare seguito alla richiesta del cliente
IV.	Prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, compresa la verifica delle dichiarazioni precontrattuali Antiriciclaggio e antiterrorismo	Dati contenuti in banche dati detenute da società specializzate (casellario centrale infortuni) Dati particolari (ex sensibili)	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione del rapporto contrattuale (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR) Adempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR)	10 anni dalla data della compilazione del questionario, se non viene perfezionata la polizza, ovvero 10 anni dalla data della scadenza della polizza, se la polizza viene perfezionata. In caso di sinistro, 10 anni dalla chiusura del sinistro	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto

5. Ambito di circolazione dei dati personali

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

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

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

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

La comunicazione dei dati personali a soggetti di cui al punto 5 potrebbe comportarne il trasferimento verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo ("SEE") o verso organizzazioni internazionali. In ogni caso, la comunicazione dei dati personali avverrà soltanto verso Paesi che garantiscono un livello di protezione dei dati

personali sostanzialmente equivalente a quello assicurato dai Paesi membri dell'Unione europea e previa stipula delle clausole contrattuali standard predisposte dalla Commissione Europea.

7. Diritti degli interessati

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

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

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

SEZIONE CONSENSI

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

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