

SET INFORMATIVO



PROTEZIONE

MENTESERENA PREMIUM

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale costante

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario
- 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.

MENTE SERENA Premium

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 costante.

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: ✓ Decesso: il riconoscimento, a favore dei beneficiari designati in polizza, del capitale scelto al momento della sottoscrizione ed indicato in polizza, che resterà costante per l'intera durata contrattuale.
Sono garanzie complementari: Complementare Infortuni: è assicurato, in caso di decesso dell'Assicurato derivante da infortunio, un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato con la garanzia Decesso con il massimo di € 250.000,00. In caso di decesso per infortunio stradale tale capitale aggiuntivo è raddoppiato. 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 Decesso con il massimo di € 250.000,00, a beneficio dei figli in parti uguali. (Non attivabile in caso di premio Unico) Complementare Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia: è assicurato in caso di invalidità permanente, a seguito di infortunio o malattia, in misura pari o superiore al 66%, un capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato sulla garanzia Decesso, con il massimo di € 250.000,00.

Che cosa NON è assicurato?
✗ Dolo del Contraente o del Beneficiario;
✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni, fatti di guerra;
✗ 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;
✗ Attività professionali e sportive che comportano una maggiorazione di rischio e risultano non dichiarate come praticate.
Complementare Infortuni
✗ Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da: malattie mentali e disturbi psichici; infarti di ogni tipo; movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni.
Complementare di Invalidità Permanente Totale
✗ Malattie mentali e disturbi psichici;
✗ Conseguenze di: movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni; trattamenti dietologici o estetici.

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.
! Relativamente alla garanzia complementare Invalidità Permanente totale, la Società non corrisponderà il capitale aggiuntivo previsto qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 66%.
! La garanzia complementare infortuni e invalidità permanente totale relativa al rischio guerra vale per un massimo di 14 giorni qualora l'assicurato venga sorpreso all'estero in un paese sino ad allora in pace.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritive, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato, quali ad esempio le variazioni dello stato tabagico, delle attività professionali e/o sportive svolte. In particolare è prevista la compilazione di uno specifico questionario denominato "Dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie dell'Assicurato": le dichiarazioni non veritive, 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 tu o gli aventi diritto dovete 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. Tu o l'avente diritto potete anche avvalervi del modulo predisposto e messo a disposizione dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Il premio, a seconda della forma tariffaria prescelta, può essere unico o annuo e deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione del contratto. Il premio annuo è costante, pagabile per la durata pattuita e comunque non oltre l'anno assicurativo in cui si verifica il decesso dell'Assicurato. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali o mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 2,50%, 3,50%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabiliti.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario, postale o circolare, bonifico o altri sistemi di pagamento bancario, postale o elettronico. In caso di premio annuo (e relativi frazionamenti), puoi pagare con addebito in conto corrente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). In caso di frazionamento mensile con addebito in Conto Corrente tramite SDD, è prevista la corresponsione in via anticipata delle prime due mensilità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto, indicata in polizza:

- In caso di premio annuo, deve essere compresa tra un minimo di 2 e un massimo di 30 anni;
- In caso di premio unico, deve essere compresa tra un minimo di 1 e un massimo di 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 l'eventuale 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.

In caso premio annuo, 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 24 mesi dall'interruzione, hai la facoltà di riattivare la polizza dietro pagamento di tutti gli arretrati. Se sono trascorsi sei mesi dalla rata insoluta, la riattivazione è subordinata al risultato soddisfacente, a esclusivo giudizio della Società, di nuova documentazione sanitaria.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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



Prodotto: Mente Serena Premium

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	Decesso e Complementare beneficio orfani Risulta escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da: <ul style="list-style-type: none">✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, rivoluzione, fatti di guerra, guerra civile, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;✗ abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni o abuso di farmaci;✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;✗ suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;✗ attività professionale che comporti una maggiorazione di rischio e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione della Polizza, non venga dichiarata dall'Assicurato;✗ attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio e non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della Polizza.
	Complementare infortuni Sono escluse le medesime cause previste per il Decesso; inoltre, la garanzia non è operante per: <ul style="list-style-type: none">✗ malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze;✗ movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;✗ guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, sono

	<p>compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ gli infarti di ogni tipo. <p>Complementare invalidità permanente totale da infortunio o malattia</p> <p>Sono escluse le medesime cause previste per il Decesso; inoltre, la garanzia non è operante per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze; ✗ conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche; ✗ conseguenze di guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, (l'esclusione non è operante per un periodo massimo di 14 giorni nel caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto); ✗ conseguenza di trattamenti dietologici o estetici. <p>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.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Contratto è rivolto a coloro che richiedono una copertura per fini privati (familiari o personali), che abbiano un'età al momento della sottoscrizione del contratto compresa tra 18 e 79 anni (80 alla scadenza) e che vogliano perseguire un obiettivo di protezione assicurativa in caso di premorienza a vantaggio dei beneficiari designati. Il Contraente può essere anche una persona giuridica. Inoltre, è pensato anche per chi vuole proteggere i propri figli in caso di morte, congiunta o successiva alla propria, del coniuge, o in caso di una sopravvenuta invalidità permanente totale che non gli permetta più di svolgere in modo autonomo le proprie attività, o in caso di premorienza a seguito di un infortunio per il riconoscimento di un capitale aggiuntivo rispetto a quello della garanzia Decesso



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	2 euro	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio
Interessi per il frazionamento del premio annuo	2,0% su ogni premio annuo al netto dei diritti in caso di rate semestrali, 2,5% se trimestrali, 3,5% se mensili	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti
Caricamento per spese di emissione, incasso, gestione e estinzione	Caricamento in cifra fissa: 12 euro annui	Ad ogni rata di premio rapportato al frazionamento	Da ogni rata di premio al netto dei diritti e degli eventuali interessi di frazionamento
	Caricamento percentuale: 17,50%	Ad ogni rata di premio	Da ogni rata di premio al netto dei diritti, degli eventuali interessi di frazionamento e del caricamento in cifra fissa

- In caso di premio unico:

Tipologia	Importo (assoluto o in percentuale)	Periodicità dell'addebito	Modalità di prelievo
Diritti di polizza	10 euro	Al perfezionamento del contratto	Dal premio unico
Caricamento per spese di emissione, incasso e gestione	Caricamento in cifra fissa: 40 euro	Al perfezionamento del contratto	Dal premio unico al netto dei diritti

	Caricamento percentuale: 17,00%	Al perfezionamento del contratto	Dal premio unico al netto dei diritti e del Caricamento in cifra fissa	
--	---------------------------------	----------------------------------	--	--

Il costo della visita medica e degli esami clinici eventualmente necessari è a tuo carico. La relativa entità non è quantificabile a priori, in quanto variabile in funzione del numero e della natura degli accertamenti richiesti, nonché dalla struttura presso la quale gli stessi sono eseguiti.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 48% per la forma a premi annui e 49% per la forma a premio unico.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	<i>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.</i>
Mediazione	<i>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).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A..</i>
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 ad eccezione della quota di premio relativa alle garanzie Complementare infortuni e Complementare invalidità permanente totale da infortunio e malattia, ove operanti; per tale componente l'imposta è pari al 2,5%. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e invalidità permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, 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	<p>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.</p> <p>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.</p>
---	---

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, RICHIESTA SOSPENSIONE).



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MENTESERENA PREMIUM

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

Temporanea caso morte a capitale costante

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

GLOSSARIO

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	9
ART. 2 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA.....	9
ART. 3 - CONCLUSIONE ED EFFICACIA DEL CONTRATTO	9
ART. 4 - DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.....	10
ART. 5 - RISCATTO E RIDUZIONE	10
ART. 6 – ANTIRICICLAGGIO E OBBLIGHI DI RESTITUZIONE.....	10
ART. 7 – CESSIONE, VINCOLO	10
ART. 8 - BENEFICIARIO/REFERENTE TERZO.....	11
ART. 9 – AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL CONTRATTO	11
ART. 9.1 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	11
ART. 9.2 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO.....	11
ART. 10 - IMPOSTE E ONERI FISCALI	11
ART. 11 - FORO COMPETENTE	11
ART. 12 - VALIDITÀ TERRITORIALE	12
ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	12

CONDIZIONI DELLA GARANZIA DECESSO

COSA È ASSICURATO

ART. 14 - DECESSO	13
--------------------------------	----

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 15 - DURATA, ETÀ ASSICURABILE.....	14
ART. 16 - MODALITÀ ASSUNTIVE	14

COSA NON È ASSICURATO

ART. 17 - ESCLUSIONI DELLA GARANZIA DECESSO	15
--	----

LIMITI DI COPERTURA

ART. 18 - CARENZA CONTRATTUALE PER CONTRATTI EMESSI IN ASSENZA DI VISITA MEDICA	16
ART. 19 - CARENZA CONTRATTUALE PER CONTRATTI EMESSI CON VISITA MEDICA	16

PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE

ART. 20 - PREMI	17
ART. 21 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE (ARTICOLO VALIDO IN CASO DI CONTRATTO A PREMI ANNUI).....	17
ART. 22 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE (ARTICOLO VALIDO IN CASO DI CONTRATTO A PREMI ANNUI).....	17

NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

ART. 23 – VARIAZIONI DEL RISCHIO ATTINENTI: ATTIVITÀ PROFESSIONALI; ATTIVITÀ SPORTIVE; COMPORTAMENTO TABAGICO DELL'ASSICURATO	19
ART. 23.1 - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO	19
ART. 23.2 - DIMINUZIONE DI RISCHIO	20

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 24 – DENUNCIA DEL SINISTRO	21
ART. 25 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	22
ART. 26 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE)	22

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI**COSA È ASSICURATO**

ART. 27 - COMPLEMENTARE INFORTUNI	23
--	----

COSA NON È ASSICURATO

ART. 28 - ESCLUSIONI.....	23
----------------------------------	----

LIMITI DI COPERTURA

ART. 29 – CARENZA	23
--------------------------------	----

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 30 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA	23
--	----

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 31 - DENUNCIA DEL SINISTRO	24
ART. 32 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	24
ART. 33 - CONTROVERSIE	24

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI**COSA È ASSICURATO**

ART. 34 – COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI	25
ART. 35 – BENEFICIARI	25

COSA NON È ASSICURATO

ART. 36 - ESCLUSIONI.....	25
----------------------------------	----

LIMITI DI COPERTURA

ART. 37 – CARENZA	25
--------------------------------	----

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 38 - PREMI	25
------------------------------	----

ART. 39 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA	25
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	
ART. 40 – DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	25
CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE	
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	
COSA È ASSICURATO	
ART.41 – COMPLEMENTARE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	26
ART. 42 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE.....	26
COSA NON È ASSICURATO	
ART. 43 - ESCLUSIONI.....	26
LIMITI DI COPERTURA	
ART. 44 – CARENZA	26
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	
ART. 45 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA	27
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	
ART. 46 – DENUNCIA DEL SINISTRO	27
ART. 47 – ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE	27
ART. 48 - PAGAMENTO DEI PREMI AL VERIFICARSI DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE	28
ART. 49 – CONTROVERSIE	28

PREMESSA

Il Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nella proposta (se prevista) e nel documento di polizza (Mod. 220438P), 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

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.

Cliente Oro: nell'ambito del progetto di segmentazione della clientela della Società, denominato "Focus Cliente", è definito come "Oro" il cliente persona fisica che ha in essere con la Società contratti di assicurazione afferenti ad almeno tre aree di esigenza assicurativa contro i danni e non abbia avuto più di tre sinistri relativi a contratti assicurativi contro i danni negli ultimi tre anni.

Le aree di esigenza assicurativa contro i danni definite dalla Società sono:

- Auto;
- Famiglia (es: contratti assicurativi contro l'incendio dell'abitazione, il furto del suo contenuto, contratti di assicurazione di responsabilità civile sulla vita privata);
- Persona (es: contratti assicurativi contro gli infortuni e le malattie);
- Attività professionale (es: contratti assicurativi dedicati alle piccole attività professionali e imprenditoriali aventi un contraente persona fisica).

Cliente Platino: nell'ambito del progetto di segmentazione della clientela della Società, denominato "Focus Cliente", è definito come "Platino" il cliente persona fisica che ha in essere con la Società almeno un contratto assicurativo contro i danni non auto ed almeno un contratto assicurativo sulla vita e non abbia avuto più di tre sinistri relativi a contratti assicurativi contro i danni negli ultimi tre anni.

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.

Dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie: 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.

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.

Infortunio stradale: l'infortunio

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre o marittimo o aereo.

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: perdita conseguente ad infortunio o malattia, definitiva ed irrimediabile, 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 obiettivabile 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 caramenti.

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

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

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

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale 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.

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, indicato 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 (compreensive 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 (sovrapremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrapremio 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritieri, 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 o il singolo premio per contratti a premio unico**, 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, o il singolo premio per i contratti a premio unico, 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 - RISCATTO 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 vincolatario.

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, eccezion fatta per le garanzie Complementari Infortuni e Invalidità Permanente Totale, 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 DECESSO

COSA È ASSICURATO

ART. 14 - DECESSO

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, 18 e 19.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

ART. 15 - DURATA, ETÀ ASSICURABILE

Il contratto è sottoscrivibile nella forma a premi annui o a premio unico.

In caso di contratto a premi annui, la durata può essere fissata tra un minimo di 2 ad un massimo di 30 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa. In caso di durate comprese tra 26 e 30 anni, l'età dell'Assicurato alla scadenza non può eccedere i 75 anni.

In caso di contratto a premio unico, la durata può essere scelta tra 1 anno e 15 anni a condizione che l'età dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.

In presenza di garanzie complementari, indipendentemente dalla forma a premi annui o a premio unico, l'età dell'Assicurato nel corso della durata del contratto non può superare i 70 anni, eccezione fatta per la Complementare Infortuni per la quale l'età dell'Assicurato a scadenza non può superare i 75 anni.

La presenza di una o più garanzie complementari vincola pertanto la durata del contratto.

ART. 16 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Il contratto è sottoscrivibile previa compilazione di un questionario denominato "Dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie dell'Assicurato" suddiviso in tre parti:

- **Attività professionali**
- **Attività sportive**
- **Questionario sanitario**

per le quali trova piena applicazione l'Art.1.

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

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

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

In caso di variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive svolte e dichiarate, o variazioni inerenti lo stato tabagico, si rimanda ai successivi artt. 23, 23.1 e 23.2.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 17 - ESCLUSIONI DELLA GARANZIA DECESSO

È escluso dalla garanzia assicurativa il decesso causato da:

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

Il rischio di morte è inoltre escluso dalla garanzia nei casi di carenza contrattuale così come previsto agli artt. 18 e 19. Nel documento di Polizza è espressamente indicato l'articolo di carenza contrattuale operante a seconda che l'Assicurato si sia sottoposto o meno a visita medica.

LIMITI DI COPERTURA

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

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

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

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

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

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

ART. 19 - CARENZA CONTRATTUALE PER CONTRATTI EMESSI CON VISITA MEDICA

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, producendo gli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio morte in relazione alla somma assicurata, ma si sia rifiutato di eseguire gli esami clinici per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle condizioni contrattuali, rimane convenuto che **se il decesso dell'Assicurato avviene entro i primi 7 anni dalla conclusione della polizza ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.**

PAGAMENTO, RISOLUZIONE, RIATTIVAZIONE

ART. 20 - PREMI

A fronte delle garanzie assicurate, è dovuto un premio anticipato che, a seconda della forma tariffaria prescelta, può essere unico o annuo. In quest'ultimo caso è dovuto un premio annuo costante anticipato, pagabile per la durata pattuita e comunque 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 annuali possono essere corrisposti anche in rate frazionate (semestrali, trimestrali o mensili), previa **applicazione di una maggiorazione per il frazionamento pari al 2,0% del premio in caso di frazionamento semestrale, al 2,5% del premio in caso di frazionamento trimestrale, al 3,5% del premio in caso di frazionamento mensile.**

Il premio annuo minimo della garanzia Decesso, al netto dei diritti, degli interessi di frazionamento e degli eventuali sovrappremi, è fissato in misura pari a:

- 75,00 Euro, in caso di frazionamento annuale e semestrale,
- 150,00 Euro in caso di frazionamento trimestrale,
- 200,00 Euro in caso di frazionamento mensile.

Il premio unico minimo della garanzia Decesso, al netto dei diritti e degli eventuali sovrappremi, è fissato a 190,00 Euro.

Su ciascuna rata di premio è prevista l'applicazione di un diritto fisso di 2,0 Euro. In caso di corresponsione del premio unico il diritto di emissione è pari a 10,00 euro.

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

ART. 21 - INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE (ARTICOLO VALIDO IN CASO DI CONTRATTO A PREMI ANNUI)

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. 22 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE (ARTICOLO VALIDO IN CASO DI CONTRATTO A PREMI ANNUI)

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

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

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.

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

NORME SPECIFICHE PER AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

ART. 23 – VARIAZIONI DEL RISCHIO ATTINENTI: ATTIVITÀ PROFESSIONALI; ATTIVITÀ SPORTIVE; COMPORTAMENTO TABAGICO DELL'ASSICURATO

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare tempestivamente la Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. – di ogni modifica delle attività professionali e/o sportive praticate e del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto.

ART. 23.1 - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

In caso di aggravamento del rischio, conseguente a variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato o del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso (che inizi o riprenda a fumare), rispetto a quanto riportato nelle "Dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie dell'Assicurato" di cui all'art. 16, l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Società.

La Società può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto al Contraente entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso eventualmente esercitato dalla Società ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che la stessa non avrebbe consentito l'assicurazione qualora il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dalla Società al momento della conclusione del contratto; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

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

Qualora il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dalla Società al momento della conclusione del contratto e la stessa avrebbe consentito all'emissione della Polizza, la Società si riserva di verificare le nuove condizioni proponibili valutando l'applicazione di:

- un sovrappremio professionale e/o sportivo in caso di variazioni attinenti le attività svolte;
- un nuovo premio aumentato o un capitale assicurato ridotto in caso di passaggio da stato di "Non Fumatore" a "Fumatore"

dandone comunicazione al Contraente che potrà accettare la modifica proposta o recedere dal contratto.

La Società prenderà atto della variazione mediante appendice indicando: il sovrappremio applicato, il nuovo capitale assicurato ridotto o il nuovo premio annuo, o rata di premio annuo **aumentato**, che sarà dovuto a partire dalla scadenza di premio o di rata di premio successiva alla comunicazione.

Le nuove condizioni contenute nell'appendice avranno effetto dalle ore 24:00 della data di emissione dell'appendice stessa, a condizione che sia stato corrisposto l'importo dovuto relativo al periodo intercorrente tra la data di emissione appendice e la scadenza di premio o della rata di premio successiva alla comunicazione, sempreché non sia stata concordata la riduzione del capitale per la variazione stato tabagico.

Nel caso in cui sia stata concordata l'applicazione di un sovrappremio, ad integrazione di quanto riportato al paragrafo che precede si precisa che:

- in caso di premio annuo, dall'annualità successiva all'emissione dell'appendice (o dalla rata di premio successiva in caso di premio frazionato) il Contraente è tenuto al pagamento del nuovo premio comprensivo del sovrappremio applicato, così come indicato nell'appendice stessa;
- in caso di premio unico, il Contraente è tenuto al pagamento in un'unica soluzione del sovrappremio applicato, proporzionato alla durata residua del contratto, così come indicato nell'appendice stessa.

Nel caso in cui sia stata concordata l'applicazione di un nuovo premio a seguito del cambiamento di stato tabagico, ad integrazione di quanto sopra riportato, si precisa che:

- in caso di premio annuo, dall'annualità successiva all'emissione dell'appendice (o dalla rata di premio successiva in caso di premio frazionato) il Contraente è tenuto al pagamento del nuovo premio, così come indicato nell'appendice stessa;
- in caso di premio unico, il Contraente è tenuto al pagamento di un'integrazione di premio in un'unica soluzione dato dalla differenza tra il nuovo premio e il premio già pagato al momento dell'emissione, per il periodo intercorrente tra la data di emissione appendice e la scadenza della copertura, così come indicato nell'appendice stessa.

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

ART. 23.2 - DIMINUZIONE DI RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio, conseguente a variazioni attinenti le attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato e dichiarate nelle "Dichiarazioni professionali, sportive e sanitarie dell'Assicurato" di cui all'art. 16, l'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni intervenute.

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, sempre che non decida di recedere dal contratto, verificherà le nuove condizioni proponibili concordando con il Contraente l'aumento dell'importo del capitale assicurato o la diminuzione del premio annuo dovuto (in caso di premio unico è previsto il rimborso di una quota del premio unico versato).

La Società prenderà atto della variazione intervenuta mediante appendice, indicando il nuovo capitale assicurato aumentato o il nuovo premio annuo, o rata di premio annuo ridotto, che sarà dovuto a partire dalla scadenza di premio o di rata di premio successiva alla comunicazione.

Le nuove condizioni contenute nell'appendice avranno effetto dalle ore 24:00 della data di emissione dell'appendice stessa.

Resta ferma la facoltà per la Società di recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto al Contraente entro due mesi dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della diminuzione del rischio.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 24 – 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. 25 - 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.

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 (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. 26 - 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.

GARANZIE COMPLEMENTARI

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

(Garanzia operante solo nel caso in cui sia esplicitamente riportata nel documento di Polizza con indicazione della somma assicurata)

COSA È ASSICURATO

ART. 27 - COMPLEMENTARE INFORTUNI

Qualora, **prima della scadenza del contratto**, l'Assicurato deceda per infortunio, come definito nel glossario, ed a **condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti**, la Società corrisponderà ai beneficiari indicati in Polizza un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato dalla garanzia Decesso, con il limite massimo di 250.000 Euro.

In caso di decesso per infortunio stradale, così come definito nel glossario, tale capitale aggiuntivo sarà raddoppiato.

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

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 Decesso.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze;
- b) movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- c) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto;
- d) gli infarti di ogni tipo.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 29 – CARENZA

Alla presente garanzia non si applicano periodi di carenza contrattuale.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 30 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia cessa quando:

- per qualsivoglia motivo si interrompe la corresponsione dei premi;
- l'Assicurato decede per causa diversa da infortunio;
- l'Assicurato sia non più assicurabile in quanto affetto da malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo

depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 31 - DENUNCIA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 24, in caso di sinistro il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o gli aventi diritto non appena ne abbiano conoscenza o la possibilità, dovranno inviare alla Direzione Generale della Società, mediante lettera raccomandata A.R., la relativa denuncia contenente l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento. I beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire l'eventuale ulteriore documentazione richiesta e, se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico da loro scelto, se lo ritengono opportuno.

ART. 32 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La Società, riconosciuta ai sensi e per gli effetti del presente contratto la causale infortunistica del decesso, pagherà, entro 30 giorni, il capitale aggiuntivo previsto dalla garanzia ai medesimi beneficiari della garanzia Decesso.

Si precisa che i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile). 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. 33 - CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla causale infortunistica, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi 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 remunerà 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 rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI

(Garanzia operante solo nel caso in cui sia esplicitamente riportata nel documento di Polizza con indicazione della somma assicurata. **Non prestabile nella forma a premio unico**)

COSA È ASSICURATO

ART. 34 – COMPLEMENTARE BENEFICIO ORFANI

La Società corrisponderà un capitale aggiuntivo, pari a quello dovuto dalla garanzia Decesso, con il limite massimo di 250.000 Euro, 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 è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 36 e 37.

ART. 35 – 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. 36 - ESCLUSIONI

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

LIMITI DI COPERTURA

ART. 37 – CARENZA

Alla presente garanzia complementare si applicano i periodi di carenza previsti agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Decesso.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 38 - 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. 39 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia cessa quando, per qualsivoglia motivo, si interrompe la corresponsione dei premi.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 40 – DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Alla presente garanzia complementare si applicano le norme previste agli artt. 24, 25 e 26 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Decesso.

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(Garanzia operante solo nel caso in cui sia esplicitamente riportata nel documento di Polizza con indicazione della somma assicurata).

COSA È ASSICURATO

ART.41 – COMPLEMENTARE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Qualora, **entro la scadenza del contratto**, all'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia verificatisi in corso di contratto, residui un'invalidità permanente totale, come definita nel glossario, ed a condizione che il contratto sia in regola con la corresponsione dei premi pattuiti, la Società corrisponderà allo stesso un capitale aggiuntivo pari a quello assicurato dalla garanzia Decesso, con il limite massimo di **250.000 Euro**.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limiti di copertura: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 43 e 44.

ART. 42 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

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

COSA NON È ASSICURATO

ART. 43 - ESCLUSIONI

Alla presente garanzia complementare si applicano le medesime cause di esclusione previste all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Decesso.

L'assicurazione non è, inoltre, operante per:

- a) malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze;
- b) conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- c) conseguenze di guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, (l'esclusione non è operante per un periodo massimo di 14 giorni nel caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto);
- d) conseguenza di trattamenti dietologici o estetici.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 44 – CARENZA

In caso di Invalidità Permanente Totale da malattia si applicano i periodi di carenza previsti agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione della garanzia Decesso.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 45 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia cessa quando:

- per qualsivoglia motivo si interrompe la corresponsione dei premi;
- l'Assicurato decede per causa diversa dalla malattia o infortunio denunciato;
- l'Assicurato sia non più assicurabile in quanto affetto da malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi e loro conseguenze.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 46 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Verificatasi l'Invalidità Permanente Totale, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece dovrà inviare alla Direzione Generale della Società, mediante lettera raccomandata A.R., la relativa denuncia corredata dalla seguente documentazione:

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, sulle cause dell'invalidità permanente o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste;
- copia integrale ed autentica dell'eventuale cartella clinica completa di anamnesi, relativa al primo ricovero dell'Assicurato riconducibile alla genesi dell'invalidità;
- copia dell'eventuale documentazione comprovante lo stato di invalidità permanente dell'assicurato riconosciuto dall'Ente preposto.

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

ART. 47 – ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

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

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

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento effettuato con visita medico-legale da parte della Società, la Società, paga agli eredi, il capitale assicurato indicato in polizza qualora il grado dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi risulti pari o superiore al 66%.

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

Si precisa che i diritti alla riscossione delle prestazioni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (Art. 2952 del Codice Civile). 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. 48 - PAGAMENTO DEI PREMI AL VERIFICARSI DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

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

Il contratto rimane in vigore per la garanzia Decesso e le altre garanzie complementari eventualmente attivate, a condizione che il Contraente corrisponda i premi pattuiti, al netto del premio imputabile alla garanzia Invalidità Permanente Totale, fino alla scadenza contrattualmente prevista.

ART. 49 – CONTROVERSIE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo 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 rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Mod. 220438 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 0041140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A0955 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



PAGINA NON UTILIZZABILE



TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE

Documento di: **Polizza**

DATI CONTRATTO

Agenzia: _____ Cod. Agenzia: _____ Cod. SubAgenzia: _____
N. POLIZZA _____ Dalle Ore 24:00 del _____ Alle Ore 24:00 del _____ Durata: Anni _____
Scadenza Copertura: _____ Frazionamento: _____ Data Emissione: _____
Numero premi annui : _____ Convenzione: _____

CONTRAENTE

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

ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Indirizzo _____ Località _____ Comune _____ Provincia _____
Nazione _____ Età dell'assicurato _____ Professione _____ Fumatore _____
Beneficiari caso morte _____

REFERENTE TERZO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:

In caso di mancata indicazione del/i beneficiario/i in forma nominativa, in caso di morte 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 del/i beneficiario/i 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

Decesso	CAPITALE/MASSIMALI	PREMIO NETTO
Beneficio orfani		
Cognome Nome coniuge: _____ Data nascita coniuge: _____		
Complementare Infortuni Complementare Invalidità permanente totale da infortunio o malattia		

	Premio netto	Diritti	Totale imponibile	Imposte	Premio Totale
Rata alla firma					
Rate successive					

L'AGENTE



DICHIARAZIONI PROFESSIONALI, SPORTIVE E SANITARIE DELL'ASSICURATO

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

1) Ha in corso polizze vita con copertura caso morte presso altre Compagnie di Assicurazione? **Sì/No**

2) Nella sua attività professionale:

2a) accede saltuariamente a cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti; appartiene alle forze armate, forze di polizia o in servizi di Sicurezza Pubblica o privata in cui e' necessario l'utilizzo di armi (escluse forze speciali e missioni all'estero) e non svolge esclusivamente attività amministrativa? **Sì/No**

2b) opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti ad alta tensione? **Sì/No**

2c) utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive; opera in cisterne, pozzi, cave, miniere, carpenterie, teleferiche/telecabina? **Sì/No**

2d) opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere (anche come gruista), fonderie, appartiene a: vigili del fuoco; forze speciali; forze armate o forze di polizia con missioni all'estero; e' addetto agli organi di informazioni in attività all'estero? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale) **Sì/No**

3) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale) **Sì/No**

4) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale) **Sì/No**

5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività professionale) **Sì/No**

6) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? Alpinismo fino al 3 grado della scala UIAA, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli. **Sì/No**

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività sportiva) Speleologia, free climbing, kayak, rafting, skeleton , salto dal trampolino con sci o idroscio, sci alpinismo fuori pista, alpinismo oltre il 3 grado della scala UIAA, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, paracadutismo,deltaplano,ultraleggero, aliante, parapendio e attività affini. **Sì/No**

8) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario relativo all'attività sportiva) **Sì/No**

9a) Indicare valore altezza: cm

9b) Indicare valore peso: Kg

10) Soffre o ha sofferto di malattie? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario per la/e patologia/e dichiarata/e) (non indicare le seguenti malattie: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato,calcoli della colecisti) 11) Negli ultimi 5 anni si e' mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano presentato segni di alterazione? **Sì/No**



12) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici o procedure invasive per semplici accertamenti o si e' mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati? (non indicare i ricoveri avvenuti per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomy, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colicistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomy post- traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per accessi acuti) **Sì/No**

13a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? **Sì/No**

14) Assume o ha mai assunto per un periodo di almeno 2 mesi farmaci per malattie diverse dall'ipertensione oppure è sottoposto a terapie continuative? (in caso di risposta affermativa compilare il questionario per la/e patologia/e dichiarata/e) **Sì/No**
quali?

quando?

15a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)? **Sì/No**

15b) In caso affermativo precisare se di media fuma più di 20 sigarette al giorno? **Sì/No**

15c) Ha smesso da più di 24 mesi? **Sì/No**

16) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche? **Sì/No**

17) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti? **Sì/No**

18) E' stato riconosciuto invalido Civile, Inps, Inail o per Causa di servizio; beneficia di esenzioni ticket per patologie **Sì/No**

Firma dell'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, 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.



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, secondo le disposizioni di legge o regolamentari	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 dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), 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 fase precontrattuale
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 Personalii.

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 Personalii, 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



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 specificate in polizza (2,0 Euro/10,0 Euro), della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle eventuali imposte.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

E' possibile, entro determinati importi di capitale, limitarsi alla compilazione di Dichiarazioni Professionali, Sportive e Sanitarie, a tal proposito, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato su quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.). È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- b) prima della sottoscrizione del questionario o della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;
- c) 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;
- d) 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.

Il Contraente e l'Assicurato

- 1) dichiarano che non hanno tacito, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari della presente polizza e degli altri documenti;
- 2) confermano che tutte le dichiarazioni e risposte rese sono assolutamente veritieri 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;
- 3) riconoscono che il consenso al contratto da parte della Società è basato anche sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- 4) si obbligano a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta;
- 5) dichiarano di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono aver curato e visitato l'Assicurato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, che con la firma della presente, dà il proprio assenso alla stipula della polizza sulla sua vita.

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

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

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



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo anticipato per l'intera durata contrattuale, il cui frazionamento è indicato nel presente documento di polizza.

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.

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.

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 IT34 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

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, il Set Informativo Modello 220438C Ed. 02/2026 composto da DIP - Documento Informativo Precontrattuale (Mod. 220438DV Ed. 02/2026), DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (Mod. 220438DA Ed. 02/2026), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario (Mod. 220438 Ed. 02/2026), Polizza (Mod. 220438P Ed. 02/2026) ed 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: 15 – Durata, Età assicurabile; 17 – Esclusioni della garanzia Decesso; 18 – Carenza contrattuale per contratti emessi in assenza di visita medica; 19 – Carenza contrattuale per contratti emessi con visita medica; 20 – Premi; 21 – Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione (articolo valido in caso di contratto a premi annui); 22 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione (in caso di contratto a premi annui); 26 – Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni (Sanction Limitation and Exclusion Clause); 28 – Esclusioni; 29 – Carenza; 30 - Cessazione della garanzia; 36 – Esclusioni; 37 – Carenza; 39 - Cessazione della garanzia; 43 – Esclusioni; 44 – Carenza; 45 - Cessazione della garanzia

IL CONTRAENTE

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

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. 220438P Ed. 02/2026

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 30181 - 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 0041140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A0955 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

