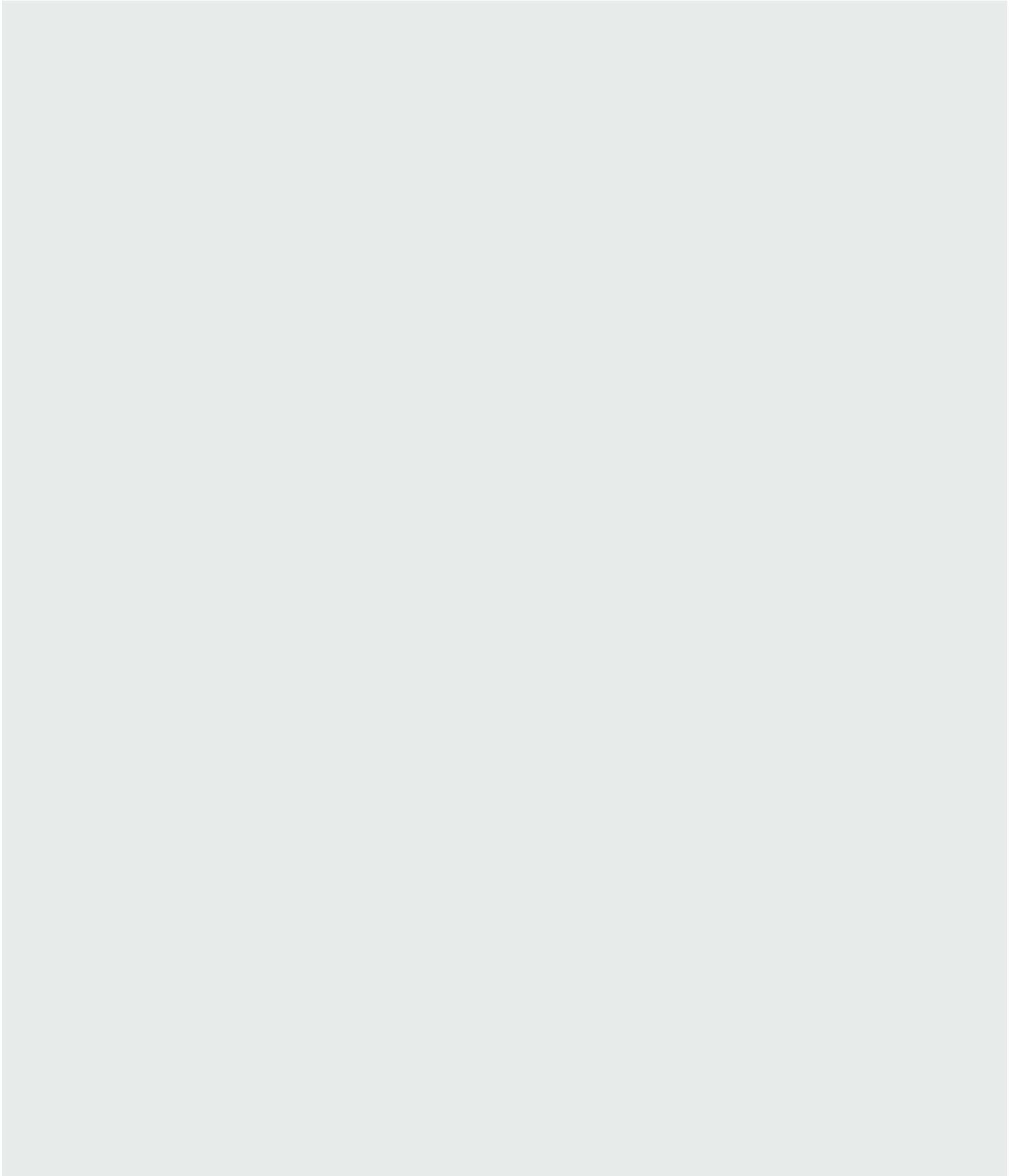


Taboo

Contratto di assicurazione sulla vita temporanea per il caso morte

Condizioni Contrattuali



Indice

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico

Condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante

Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni

Informativa Privacy

Glossario

Modulo di proposta

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante – Tar. 60 E

Parte I – Oggetto del Contratto

Articolo 1 Caratteristiche del Contratto, Prestazioni assicurate e mandato dell'assicurato

1.1 Caratteristiche del Contratto

Le presenti Condizioni contrattuali disciplinano il prodotto denominato Taboo che appartiene alla tipologia di contratti di assicurazione temporanea caso morte nella tariffa a capitale e a premio annuo costanti.

Per le assicurazioni temporanee caso morte i premi versati sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio morte e non all'accumulo del capitale. Tali assicurazioni, pertanto, non prevedono un valore di riscatto e nulla è dovuto in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del Contratto.

Il presente Contratto prevede la figura del Contraente e dell'assicurato.

Il Contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto è sottoscrivibile da persone fisiche con età alla sottoscrizione minima pari a 18 anni e età massima pari a 75 anni.

La copertura assicurativa prevista dal Contratto richiede da parte dell'assicurato la compilazione e la sottoscrizione del "Questionario anamnestico", l'eventuale presentazione di accertamenti sanitari e di ogni altro eventuale documento che si sia reso necessario per la valutazione del rischio.

L'Assicurato può decidere di sottoporsi a visita medica, a proprie spese, in tal caso **la visita medica dovrà essere effettuata esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società.**

Entro 30 giorni dal pervenimento alla Società del rapporto di visita medica relativa allo stato di salute dell'assicurato, e/o dal pervenimento di eventuale documentazione sanitaria aggiuntiva richiesta dalla Società a fronte delle risposte al Questionario Anamnestico o delle dichiarazioni rese dall'assicurato durante l'accertamento del loro stato salute, la Società valuterà la Proposta:

In caso di valutazione positiva, la Società invierà la Polizza sottoscritta che vale come accettazione della Proposta;

In caso di valutazione negativa, la Società invierà una comunicazione di non accettazione della Proposta.

1.2 Prestazione Assicurata

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simbro di polizza, nel caso in cui la morte dell'assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

La prestazione è garantita sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del Contratto.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui all'articolo 2.

La prestazione assicurata è garantita fermo restando quanto disciplinato nell'articolo 3 Limitazioni- periodi di carenza.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza, il Contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

1.3 Mandato dell'assicurato

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal contratto.

Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

Articolo 2 Esclusioni

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

Dolo del Contraente o del Beneficiario;

Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;

Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;

Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia 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;

Pratica delle attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del Contratto. Sono escluse le seguenti attività sportive la cui pratica inizi successivamente alla data di sottoscrizione, anche se praticate occasionalmente: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio) paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sport da combattimento e sport estremi in genere;

Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto

Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica, o stati di alcolismo acuto e cronico.

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

(1) E' previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto:

Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi itteroemorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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 la morte.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

(2) Inoltre è previsto un ulteriore periodo di carenza pari a 5 anni dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, abbia fornito specifico test HIV con esito negativo.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - come indicato nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni possono essere ridotte.

Articolo 4 Premio

La prestazione di cui all'art. 1 è garantita a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del Contratto, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del Contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata stabilita, ma comunque non oltre la morte dell'assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il Contratto o presso la Direzione della Società. La Società applica differenti livelli di premio sulla base dell'entità del capitale assicurato e delle dichiarazioni rese in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di non Fumatore è indicata nel successivo articolo 6.

Articolo 5 Costi

Su ciascun premio annuo versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

Per capitali Iniziali fino a 300mila euro: il costo fisso è pari a 40,00 Euro

Per capitali Iniziali oltre 300mila: il costo fisso è pari a 20,00 Euro

Caricamenti: 11,50% da applicare al premio annuo dedotto il costo fisso.

Costi di frazionamento: sono previsti costi aggiuntivi di frazionamento, indicati nella tabella sottostante, se il contraente sceglie di rateizzare il premio annuo in una delle modalità di seguito indicate

Frazionamento	% applicata su ogni rata di premio
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	3,50%

Costo della visita medica

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Altri costi: si fa presente che le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari. Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che:

Non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)

Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa. **Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguenti definizioni, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'assicurato e alla durata del Contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.**

Parte II - Conclusione del Contratto, revoca e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

La Proposta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto i documenti contrattuali.

La Società si riserva il diritto di non accettare la Proposta del Contraente a propria totale discrezione. In tal caso, restituirà al Contraente il Premio già corrisposto da quest'ultimo, non oltre il settimo Giorno Lavorativo successivo alla data di ricezione, da parte del Contraente, della lettera di mancata accettazione della Proposta. L'importo verrà accreditato sul conto corrente bancario del Contraente indicato nella Proposta. In nessun caso la restituzione del Premio sarà eseguita a mezzo di denaro contante.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o, se successivo, dal giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società ai sensi del precedente articolo 7.1.) Mediante richiesta scritta, contenente gli elementi identificativi della Proposta, inviata con lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life UWS Individual Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Società rimborserà le somme eventualmente già incassate all'atto della sottoscrizione della Proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Taboo (Tariffa 60E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 03.2024

Articolo 8.2 Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio della lettera raccomandata A/R o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Società rimborserà al Contraente il Premio versato al netto dei costi fissi di emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

In particolare:

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, la Società può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo i premi relativi al periodo assicurativo in corso. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la società non è tenuta a pagare alcunché.

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la Società pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

Quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano l'età dell'assicurato, la Società ricalcolerà il premio in base all'età reale dell'assicurato e la durata del Contratto.

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

La modifica della professione o delle attività dell'assicurato in corso di Contratto, può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Società con l'emissione della polizza.

In caso di modifiche, in applicazione dell'articolo 1926 cc:

Nel caso in cui la modifica di professione o di attività è tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo della conclusione della polizza, la Società avrebbe consentito alla sottoscrizione del Contratto per un importo di premio maggiore, la Società:

- a. Qualora si sia verificato il sinistro e sia conseguenza della nuova professione o attività, potrà ridurre, in proporzione del minor premio pagato in confronto di quello che sarebbe stato stabilito, il pagamento della prestazione dovuta per il caso di decesso dell'assicurato
- b. Qualora non si sia ancora verificato il sinistro, la Società potrà decidere se ridurre la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato (lasciando invariato il premio) o se aumentare il premio (lasciando inalterata la somma assicurata).

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica della professione o delle attività, comunicherà per iscritto all'assicurato e/o il Contraente se intende modificare il Contratto riducendo la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato o aumentando il premio. In tal caso l'Assicurato e/o il Contraente dovrà esprimere la sua volontà per iscritto entro 15 giorni dal ricevimento della proposta della Società. **Trascorsi i 15 giorni senza una risposta da parte dell'assicurato e/o del contraente la proposta di modifica della Società sarà considerata accettata.** Qualora l'Assicurato e/o il Contraente dichiari di non accettare la modifica, il Contratto si considera risolto e non può produttivo di effetti. In tal caso la Società ha diritto al premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Mancato pagamento del premio o rate di premio e risoluzione del Contratto

Il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza comporta la sospensione delle prestazioni assicurative.

Trascorsi dodici mesi dalla data di sospensione delle prestazioni assicurative, il Contratto è risolto di diritto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società salva l'ipotesi di riattivazione del Contratto.

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

Durante il periodo di sospensione delle prestazioni assicurative il Contraente può chiedere di riattivare il Contratto mediante sottoscrizione dell'apposito modulo di riattivazione disponibile presso l'intermediario.

La Società, nel valutare la riattivazione del Contratto, ha la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari.

In caso di valutazione positiva, la Società entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal pervenimento della richiesta di riattivazione, invia al Contraente apposita comunicazione scritta con l'indicazione dell'importo da pagare che sarà pari ai premi o rate di premio non pagate maggiorate degli interessi legali maturati per il periodo di tempo intercorso tra le date di scadenza del premio o rate di premio e la data di ripresa del pagamento. La riattivazione del Contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire, previo consenso della Società, a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto, secondo quanto disposto dall'art. 1406 c.c. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Società. La Società previa valutazione dell'idoneità del nuovo Contraente e qualora acconsenta alla sostituzione invierà entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta, una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto, sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario.

Il Contraente, previo consenso della Società, può dare in pegno i crediti derivanti dal Contratto, ovvero vincolare il Contratto a favore di terzi.

La Società, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di costituzione del pegno o del vincolo, firmata dal Contraente, dal creditore pignoratorio o dal vincolatario e, laddove, esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile, effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo nel Contratto tramite appendice.

Il creditore pignoratorio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo (c.d. Vincolatario) potrà esigere dalla Società il pagamento dei crediti derivanti dal Contratto, nei limiti di quanto garantito o vincolato.

La Società può opporre al creditore pignoratorio e/o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo tutte le eccezioni derivanti dal Contratto che potrebbe opporre al Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del creditore pignoratorio o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

15.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente, salva sua espressa diversa volontà, designa in forma nominativa il/i Beneficiario/i cui spetta la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. La designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora il Contraente, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, Zurich potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i.

In nessun caso è prevista e consentita la possibilità di designare "Beneficiari segreti", diversi dalla forma generica, ovvero soggetti il cui nominativo non è conosciuto da Zurich sino al momento della prestazione.

Il Contraente, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/i Beneficiario/i, a cui Zurich potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto a Zurich di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich di accettare il beneficio; e
- (ii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Gli eredi del Contraente non possono modificare la designazione del Beneficiario dopo il decesso del Contraente.

Nel caso previsto dal punto (i) che precede, e dopo il decesso del Contraente, il Recesso, il Riscatto totale o il Riscatto parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle prestazioni di Zurich è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

15.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora il Contraente **designi espressamente più di un Beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. **In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.**

15.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Il Contraente può individuare i Beneficiari **con il generico riferimento agli eredi** (siano essi legittimi o testamentari), indicando **espressamente le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative. Tali criteri di ripartizione possono essere comunicati a Zurich in qualsiasi momento, oppure riportati nel testamento.**

In mancanza di tale indicazione Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) **soltanto per l'individuazione corretta dei Beneficiari**, mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi **in parti uguali.**

15.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un Beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 15.1 Designazione dei Beneficiari, il Contraente deve aggiornare la designazione dei Beneficiari.

In mancanza, Zurich ripartirà il beneficio di competenza del Beneficiario deceduto tra gli **eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo** come segue:

1. Nel caso di designazione di più di un Beneficiario ai sensi del precedente articolo 15.2: in parti uguali;
2. Nel caso di designazione degli eredi come Beneficiari ai sensi del precedente articolo 15.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione a favore dei discendenti di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari designati o, nel caso di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarli alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gli Assicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2 e CRS);
- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un *facsimile* di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri *fac simile* utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile.

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a Zurich di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 2 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento– potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso. Il Contraente prende atto che la Società, in virtù di mandato conferito dall'assicurato anche nell'interesse della Società al momento della sottoscrizione del Contratto, a sua discrezione potrà attivarsi direttamente, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, al fine di ottenere l'eventuale documentazione non prodotta dai soggetti terzi competenti a produrla.

Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

Al fine di agevolare il Beneficiario, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di procura del Beneficiario a Zurich per la richiesta della documentazione, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del mandato conferito dall'assicurato e dal Beneficiario.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1.a) Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1 b) Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

- (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

4) Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi

legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un facsimile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i suoi eredi, dovranno necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate nel successivo punto F- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente illi Beneficiario/i della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale ulteriore documentazione.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Il termine entro il quale viene effettuato il pagamento delle prestazioni varia a seconda che i Beneficiari abbiano trasmesso tutta la documentazione a loro richiesta oppure no, come indicato di seguito.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

- trasmesso alla Società la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso di cui alla lettera C oppure
- sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura alla Società affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione medica relativa all'assicurato

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata alle precedenti lettere A), B), D) e, relativamente alla lettera C dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta del/dei Beneficiario/i dell'impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura del/dei Beneficiario/i alla Società.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla lettera E. In tal caso la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale documentazione ulteriore.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 18 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 19 Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 22 Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 23 Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio del documento unico di rendicontazione annuale Zurich comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. **In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.**

L'obbligo informativo in capo a Zurich si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a Zurich qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 24 Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Articolo 25 Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel DIP, nel DIP aggiuntivo e al seguente indirizzo internet www.zurich.it.

Taboo (Tariffa 60E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 03.2024

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico - Tar. 601 E

Parte I - Oggetto del Contratto

Articolo 1 Caratteristiche del Contratto, Prestazioni assicurate e mandato dell'assicurato

1.1 Caratteristiche del Contratto

Le presenti Condizioni contrattuali disciplinano il prodotto denominato Taboo che appartiene alla tipologia di contratti di assicurazione temporanea caso morte nella tariffa a capitale costante e a premio unico.

Per le assicurazioni temporanee caso morte i premi versati sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio morte e non all'accumulo del capitale. Tali assicurazioni, pertanto, non prevedono un valore di riscatto e nulla è dovuto in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del Contratto.

Il presente Contratto prevede la figura del Contraente e dell'assicurato.

Il Contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto è sottoscrivibile da persone fisiche con età alla sottoscrizione minima pari a 18 anni e età massima pari a 75 anni. La copertura assicurativa prevista dal Contratto richiede da parte dell'assicurato la compilazione e la sottoscrizione del "Questionario anamnestico", l'eventuale presentazione di accertamenti sanitari e di ogni altro eventuale documento che si sia reso necessario per la valutazione del rischio.

L'Assicurato può decidere di sottoporsi a visita medica, a proprie spese, in tal caso **la visita medica dovrà essere effettuata esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società.**

Entro 30 giorni dal pervenimento alla Società del rapporto di visita medica relativa allo stato di salute dell'assicurato, e/o dal pervenimento di eventuale documentazione sanitaria aggiuntiva richiesta dalla Società a fronte delle risposte al Questionario Anamnestico o delle dichiarazioni rese dall'assicurato durante l'accertamento del loro stato salute, la Società valuterà la Proposta:

- In caso di valutazione positiva, la Società invierà la Polizza sottoscritta che vale come accettazione della Proposta;
- In caso di valutazione negativa, la Società invierà una comunicazione di non accettazione della Proposta.

1.2 Prestazione Assicurata

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simolo di polizza, nel caso in cui la morte dell'assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

La prestazione è garantita sempre che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del Contratto.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui all'articolo 2.

La prestazione assicurata è garantita fermo restando quanto disciplinato nell'articolo 3 Limitazioni- periodi di carenza.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza, il Contratto si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

1.3 Mandato dell'assicurato

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal contratto.

Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

Articolo 2 Esclusioni dalla garanzia

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia 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;
- Pratica delle attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del Contratto. Sono escluse le seguenti attività sportive la cui pratica inizi successivamente alla data di sottoscrizione, anche se praticate occasionalmente: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio) paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sport da combattimento e sport estremi in genere;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica, o stati di alcolismo acuto e cronico.

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

(1) E' previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto:

Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi itteroemorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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 la morte.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

(2) Inoltre è previsto un ulteriore periodo di carenza pari a 5 anni dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, abbia fornito specifico test HIV con esito negativo.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - come indicato nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni possono essere ridotte.

Articolo 4 Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico indicato nella polizza.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Il pagamento del premio unico deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto o presso la Direzione della Società. La Società applica differenti livelli di premio sulla base dell'entità del capitale assicurato e delle dichiarazioni rese in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di non Fumatore è indicata nel successivo articolo 6.

Articolo 5 Costi

Su ciascun premio versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione

amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

	Importo fisso
Per Capitali Iniziali fino a 300mila	Euro 40,00
Per Capitali Iniziali oltre 300mila	Euro 20,00

Caricamenti

	Aliquota
Per tariffe a premio unico	8,00%
- % da applicare al premio unico dedotto l'importo fisso	

Costo della visita medica

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Altri costi: si fa presente che le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari. Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che Non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore o di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle sopraindicata definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'assicurato e alla durata del Contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

La Proposta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto i documenti contrattuali.

La Società si riserva il diritto di non accettare la Proposta del Contraente a propria totale discrezione. In tal caso, restituirà al Contraente il Premio già corrisposto da quest'ultimo, non oltre il settimo Giorno Lavorativo successivo alla data di ricezione, da parte del Contraente, della lettera di mancata accettazione della Proposta. L'importo verrà accreditato sul conto corrente bancario del Contraente indicato nella Proposta. In nessun caso la restituzione del Premio sarà eseguita a mezzo di denaro contante.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o, se successivo, dal giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società ai sensi del precedente articolo 7.1.) Mediante richiesta scritta, contenente gli elementi identificativi della Proposta, inviata con l

Lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life UWS Individual Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Società rimborserà le somme eventualmente già incassate all'atto della

sottoscrizione della Proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 8.2 Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio della lettera raccomandata AVR o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Società rimborserà al Contraente il Premio versato al netto dei costi fissi di emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

In particolare:

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, la Società può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo i premi relativi al periodo assicurativo in corso. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la società non è tenuta a pagare alcunché.

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la Società pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

Quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano l'età dell'assicurato la Società ricalcolerà il premio in base all'età reale dell'assicurato e la durata del Contratto.

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

La modifica della professione o delle attività dell'assicurato in corso di Contratto, può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Società con l'emissione della polizza.

In caso di modifiche, in applicazione dell'articolo 1926 cc:

Nel caso in cui la modifica di professione o di attività è tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo della conclusione della polizza, la Società avrebbe consentito alla sottoscrizione del Contratto per un importo di premio maggiore, la Società:

- a. qualora si sia verificato il sinistro e sia conseguenza della nuova professione o attività, potrà ridurre, in proporzione del minor premio pagato in confronto di quello che sarebbe stato stabilito, il pagamento della prestazione dovuta per il caso di decesso dell'assicurato
- b. qualora non si sia ancora verificato il sinistro, la Società potrà decidere se ridurre la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato (lasciando invariato il premio) o se aumentare il premio (lasciando inalterata la somma assicurata).

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica della professione o delle attività, comunicherà per iscritto all'assicurato e/o il Contraente se intende modificare il Contratto riducendo la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato o aumentando il premio. In tal caso l'Assicurato e/o il Contraente dovrà esprimere la sua volontà per iscritto entro 15 giorni dal ricevimento della proposta della Società. **Trascorsi i 15 giorni senza una risposta da parte dell'assicurato e/o del contraente la proposta di modifica della Società sarà considerata accettata.** Qualora l'Assicurato e/o il Contraente dichiari di non accettare la modifica, il Contratto si considera risolto e non più produttivo di effetti. In tal caso la Società ha diritto al premio relativo al periodo di assicurazione in corso

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire, previo consenso della Società, a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto,

secondo quanto disposto dall'art. 1406 c.c. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Società. La Società previa valutazione dell'idoneità del nuovo Contraente e qualora acconsenta alla sostituzione invierà entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta, una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto, sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario.

Il Contraente, previo consenso della Società, può dare in pegno i crediti derivanti dal Contratto, ovvero vincolare il Contratto a favore di terzi.

La Società, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di costituzione del pegno o del vincolo, firmata dal Contraente, dal creditore pignoratorio o dal vincolatario e, laddove, esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile, effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo nel Contratto tramite appendice.

Il creditore pignoratorio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo (c.d. Vincolatario) potrà esigere dalla Società il pagamento dei crediti derivanti dal Contratto, nei limiti di quanto garantito o vincolato.

La Società può opporre al creditore pignoratorio e/o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo tutte le eccezioni derivanti dal Contratto che potrebbe opporre al Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del creditore pignoratorio o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13 Beneficiari

13.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente, salva sua espressa diversa volontà, designa in forma nominativa il/i Beneficiario/i cui spetta la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. La designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora il Contraente, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, Zurich potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/ i.

In nessun caso è prevista e consentita la possibilità di designare "Beneficiari segreti", diversi dalla forma generica, ovvero soggetti il cui nominativo non è conosciuto da Zurich sino al momento della prestazione.

Il Contraente, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/i Beneficiario/i, a cui Zurich potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto a Zurich di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich di accettare il beneficio; e
- (ii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Gli eredi del Contraente non possono modificare la designazione del Beneficiario dopo il decesso del Contraente.

Nel caso previsto dal punto (i) che precede, e dopo il decesso del Contraente, il Recesso, il Riscatto totale o il Riscatto parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle prestazioni di Zurich è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

13.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora il Contraente **designi espressamente più di un Beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. **In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.**

13.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Il Contraente può individuare i Beneficiari **con il generico riferimento agli eredi** (siano essi legittimi o testamentari), indicando **espressamente le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative. Tali criteri di ripartizione possono essere comunicati a Zurich in qualsiasi momento, oppure riportati nel testamento.**

In mancanza di tale indicazione Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) **soltanto per l'individuazione corretta dei Beneficiari**, mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi **in parti uguali.**

13.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un Beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 13.1 Designazione dei Beneficiari, il Contraente deve aggiornare la designazione dei Beneficiari.

In mancanza, Zurich ripartirà il beneficio di competenza del Beneficiario deceduto tra gli **eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo** come segue:

1. Nel caso di designazione di più di un Beneficiario ai sensi del precedente articolo 13.2: in parti uguali;
2. Nel caso di designazione degli eredi come Beneficiari ai sensi del precedente articolo 13.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione a favore dei discendenti di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 14 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari designati ai sensi dell'articolo 16 o, nel caso di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarli alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gli assicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2 e CRS);
- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un *facsimile* di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri *facsimile* utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a Zurich di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 2 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento– potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso.

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso. Il Contraente prende atto che la Società, in virtù di mandato conferito dall'assicurato

anche nell'interesse della Società al momento della sottoscrizione del Contratto, a sua discrezione potrà attivarsi direttamente, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, al fine di ottenere l'eventuale documentazione non prodotta dai soggetti terzi competenti a produrla.

Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

Al fine di agevolare il Beneficiario, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di procura del Beneficiario a Zurich per la richiesta della documentazione, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del mandato conferito dall'assicurato e dal Beneficiario.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1a) Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1 b) Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

- (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

4) Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale
Oppure
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i sui eredi, dovranno necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate nel successivo punto F- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente illi Beneficiari della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale ulteriore documentazione.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Il termine entro il quale viene effettuato il pagamento delle prestazioni varia a seconda che i Beneficiari abbiano trasmesso tutta la documentazione a loro richiesta oppure no, come indicato di seguito.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

- trasmesso alla Società la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso di cui alla lettera C oppure
- sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura alla Società affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione medica relativa all'assicurato

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata alle precedenti lettere A), B), D) e, relativamente alla lettera C dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta del/dei Beneficiario/i dell'impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura del/dei Beneficiario/i alla Società.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla lettera E. In tal caso la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale documentazione ulteriore.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 16 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 17 Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 18 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 19 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 20 Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 21 Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio del documento unico di rendicontazione annuale Zurich comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. **In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.**

L'obbligo informativo in capo a Zurich si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a Zurich qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 22 Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Articolo 23 Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel DIP, nel DIP aggiuntivo e al seguente indirizzo internet www.zurich.it.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione Temporanea per il caso di morte a capitale Decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - Tar. 60 D

Parte I - Oggetto del Contratto

Articolo 1 Caratteristiche del Contratto, Prestazioni Assicurate e mandato dell'assicurato

1.1 Caratteristiche del contratto

Le presenti Condizioni contrattuali disciplinano il prodotto denominato Taboo che appartiene alla tipologia di contratti di assicurazione temporanea caso morte nella tariffa a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato.

Per le assicurazioni temporanee caso morte i premi versati sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio morte e non all'accumulo del capitale. Tali assicurazioni, pertanto, non prevedono un valore di riscatto e nulla è dovuto in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del Contratto.

Il presente Contratto prevede la figura del Contraente e dell'assicurato.

Il Contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto è sottoscrivibile da persone fisiche con età alla sottoscrizione minima pari a 18 anni e età massima pari a 75 anni.

La copertura assicurativa prevista dal Contratto richiede da parte dell'assicurato la compilazione e la sottoscrizione del "Questionario anamnestico", l'eventuale presentazione di accertamenti sanitari e di ogni altro eventuale documento che si sia reso necessario per la valutazione del rischio.

L'Assicurato può decidere di sottoporsi a visita medica, a proprie spese, in tal caso **la visita medica dovrà essere effettuata esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società.**

Entro 30 giorni dal pervenimento alla Società del rapporto di visita medica relativa allo stato di salute dell'assicurato, e/o dal pervenimento di eventuale documentazione sanitaria aggiuntiva richiesta dalla Società a fronte delle risposte al Questionario Anamnestico o delle dichiarazioni rese dall'assicurato durante l'accertamento del loro stato salute, la Società valuterà la Proposta:

1. In caso di valutazione positiva, la Società invierà la Polizza sottoscritta che vale come accettazione della Proposta;
2. In caso di valutazione negativa, la Società invierà una comunicazione di non accettazione della Proposta.

1.2 Prestazioni assicurate

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simplotto di polizza, nel caso in cui la morte dell'assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

La prestazione è garantita sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del Contratto.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui all'articolo

2. La prestazione assicurata è garantita fermo restando quanto disciplinato nell'articolo 3 Limitazioni- periodi di carenza.

La prestazione è garantita sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del Contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simplotto di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del Contratto alla data di decesso dell'assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per la durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza, il Contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

1.3 Mandato dell'Assicurato

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal contratto.

Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

Articolo 2 Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. **È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:**

- Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia 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;
- Pratica delle attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del Contratto. Sono escluse le seguenti attività sportive la cui pratica inizi successivamente alla data di sottoscrizione, anche se praticate occasionalmente: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio) paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sport da combattimento e sport estremi in genere;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica, o stati di alcolismo acuto e cronico.

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

(1) E' previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto: Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, 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;

Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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 la morte.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

(2) Inoltre è previsto un ulteriore periodo di carenza pari a 5 anni dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, abbia

fornito specifico test HIV con esito negativo.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - come indicato nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni possono essere ridotte.

Articolo 4 Premio

La prestazione di cui all'art. 1 è garantita a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del pagamento premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del Contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento dei premi, e comunque non oltre la morte dell'assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il Contratto o presso la Direzione della Società.

La Società applica differenti livelli di premio sulla base dell'entità del capitale assicurato e delle dichiarazioni rese in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di non Fumatore è indicata nel successivo articolo 6.

Articolo 5 Costi

Su ciascun premio annuo versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

Per capitali Iniziali fino a 300mila euro: il costo fisso è pari a 40,00 Euro

Per capitali Iniziali oltre 300mila: il costo fisso è pari a 20,00 Euro

Caricamenti: 11,50% da applicare al premio annuo dedotto il costo fisso.

Costi di frazionamento: sono previsti costi aggiuntivi di frazionamento, indicati nella tabella sottostante, se il contraente sceglie di rateizzare il premio annuo in una delle modalità di seguito indicate

Frazionamento	% applicata su ogni rata di premio
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	3,50%

Costo della visita medica

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Altri costi: si fa presente che le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari. Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che:

- Non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)
- Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa. **Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguenti definizioni, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'assicurato e alla durata del Contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.**

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

La Proposta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto i documenti contrattuali.

La Società si riserva il diritto di non accettare la Proposta del Contraente a propria totale discrezione. In tal caso, restituirà al Contraente il Premio già corrisposto da quest'ultimo, non oltre il settimo Giorno Lavorativo successivo alla data di ricezione, da parte del Contraente, della lettera di mancata accettazione della Proposta. L'importo verrà accreditato sul conto corrente bancario del Contraente indicato nella Proposta. In nessun caso la restituzione del Premio sarà eseguita a mezzo di denaro contante.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o, se successivo, dal giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società ai sensi del precedente articolo 7.1.) Mediante richiesta scritta, contenente gli elementi identificativi della Proposta, inviata con lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life UWS Individual Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Società rimborserà le somme eventualmente già incassate all'atto della sottoscrizione della Proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 8.2 Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio della lettera raccomandata A/R o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Società rimborserà al Contraente il Premio versato al netto dei costi fissi di emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

In particolare:

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, la Società può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo i premi relativi al periodo assicurativo in corso. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la società non è tenuta a pagare alcunché.

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la Società pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

Quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano l'età dell'assicurato la Società ricalcolerà il premio in base all'età reale dell'assicurato e la durata del Contratto.

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

La modifica della professione o delle attività dell'assicurato in corso di Contratto, può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Società con l'emissione della polizza.

In caso di modifiche, in applicazione dell'articolo 1926 cc:

Nel caso in cui la modifica di professione o di attività è tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo della conclusione della polizza, la Società avrebbe consentito alla sottoscrizione del Contratto per un importo di premio maggiore, la Società:

- a. qualora si sia verificato il sinistro e sia conseguenza della nuova professione o attività, potrà ridurre, in proporzione del minor premio pagato in confronto di quello che sarebbe stato stabilito, il pagamento della prestazione dovuta per il

caso di decesso dell'assicurato

- b. qualora non si sia ancora verificato il sinistro, la Società potrà decidere se ridurre la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato (lasciando invariato il premio) o se aumentare il premio (lasciando inalterata la somma assicurata).

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica della professione o delle attività, comunicherà per iscritto all'assicurato e/o il Contraente se intende modificare il Contratto riducendo la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato o aumentando il premio. In tal caso l'Assicurato e/o il Contraente dovrà esprimere la sua volontà per iscritto entro 15 giorni dal ricevimento della proposta della Società. **Trascorsi i 15 giorni senza una risposta da parte dell'assicurato e/o del contraente la proposta di modifica della Società sarà considerata accettata.** Qualora l'Assicurato e/o il Contraente dichiarerà di non accettare la modifica, il Contratto si considera risolto e non più produttivo di effetti. In tal caso la Società ha diritto al premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Mancato pagamento del premio o rate di premio e risoluzione del Contratto

Il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza comporta la sospensione delle prestazioni assicurative.

Trascorsi dodici mesi dalla data di sospensione delle prestazioni assicurative, il Contratto è risolto di diritto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società salva l'ipotesi di riattivazione del Contratto.

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

Durante il periodo di sospensione delle prestazioni assicurative il Contraente può chiedere di riattivare il Contratto mediante sottoscrizione dell'apposito modulo di riattivazione disponibile presso l'intermediario.

La Società, nel valutare la riattivazione del Contratto, ha la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari.

In caso di valutazione positiva, la Società entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal pervenimento della richiesta di riattivazione, invia al Contraente apposita comunicazione scritta con l'indicazione dell'importo da pagare che sarà pari ai premi o rate di premio non pagate maggiorate degli interessi legali maturati per il periodo di tempo intercorso tra le date di scadenza del premio o rate di premio e la data di ripresa del pagamento. La riattivazione del Contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire, previo consenso della Società, a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto, secondo quanto disposto dall'art. 1406 c.c. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Società. La Società previa valutazione dell'idoneità del nuovo Contraente e qualora acconsenta alla sostituzione invierà entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta, una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto, sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario.

Il Contraente, previo consenso della Società, può dare in pegno i crediti derivanti dal Contratto, ovvero vincolare il Contratto a favore di terzi.

La Società, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di costituzione del pegno o del vincolo, firmata dal Contraente, dal creditore pignoratizio o dal vincolatario e, laddove, esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile, effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo nel Contratto tramite appendice.

Il creditore pignoratizio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo (c.d. Vincolatario) potrà esigere dalla Società il pagamento dei crediti derivanti dal Contratto, nei limiti di quanto garantito o vincolato.

La Società può opporre al creditore pignoratizio e/o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo tutte le eccezioni derivanti dal Contratto che potrebbe opporre al Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

15.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente, salva sua espressa diversa volontà, designa in forma nominativa il/i Beneficiario/i cui spetta la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. La designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora il Contraente, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, Zurich potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/ i.

In nessun caso è prevista e consentita la possibilità di designare "Beneficiari segreti", diversi dalla forma generica, ovvero soggetti il cui nominativo non è conosciuto da Zurich sino al momento della prestazione.

Il Contraente, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/il Beneficiario/i, a cui Zurich potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto a Zurich di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich di accettare il beneficio; e
- (ii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Gli eredi del Contraente non possono modificare la designazione del Beneficiario dopo il decesso del Contraente.

Nel caso previsto dal punto (i) che precede, e dopo il decesso del Contraente, il Recesso, il Riscatto totale o il Riscatto parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle prestazioni di Zurich è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

15.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora il Contraente **designi espressamente più di un Beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. **In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.**

15.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Il Contraente può individuare i Beneficiari **con il generico riferimento agli eredi** (siano essi legittimi o testamentari), indicando **espressamente le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative. Tali criteri di ripartizione possono essere comunicati a Zurich in qualsiasi momento, oppure riportati nel testamento.**

In mancanza di tale indicazione Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) **soltanto per l'individuazione corretta dei Beneficiari**, mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi **in parti uguali.**

15.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un Beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 15.1 Designazione dei Beneficiari, il Contraente deve aggiornare la designazione dei Beneficiari.

In mancanza, Zurich ripartirà il beneficio di competenza del Beneficiario deceduto tra gli **eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo** come segue:

1. Nel caso di designazione di più di un Beneficiario ai sensi del precedente articolo 15.2: in parti uguali;
2. Nel caso di designazione degli eredi come Beneficiari ai sensi del precedente articolo 15.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione a favore dei discendenti di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari o , nel caso

di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarli alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gli assicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2 e CRS);
- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un *facsimile* di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri *facsimile* utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a Zurich di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 2 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento– potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso. Il Contraente prende atto che la Società, in virtù di mandato conferito dall'assicurato anche nell'interesse della Società al momento della sottoscrizione del Contratto, a sua discrezione potrà attivarsi direttamente, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, al fine di ottenere l'eventuale documentazione non prodotta dai soggetti terzi competenti a produrla.

Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

Al fine di agevolare il Beneficiario, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *fac-simile* di procura del Beneficiario a Zurich per la richiesta della documentazione, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del

mandato conferito dall'assicurato e dal Beneficiario.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1a) Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1b) Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

- (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

4) Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *fac-simile* di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i sui eredi, dovranno necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate nel successivo punto F- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente il/i Beneficiario/i della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà

a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale ulteriore documentazione.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Il termine entro il quale viene effettuato il pagamento delle prestazioni varia a seconda che i Beneficiari abbiano trasmesso tutta la documentazione a loro richiesta oppure no, come indicato di seguito.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

Trasmesso alla Società la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso di cui alla lettera C oppure

Sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura alla Società affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione medica relativa all'assicurato

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata alle precedenti lettere A), B), D) e, relativamente alla lettera C dal ricevimento di:

Documentazione disponibile e

Dichiarazione scritta del/dei Beneficiario/i dell'impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o

Richieste e autorizzazioni o specifica procura del/dei Beneficiario/i alla Società.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla lettera E. In tal caso la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale documentazione ulteriore.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 18 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 19 Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata

verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 22 Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 23 Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio del documento unico di rendicontazione annuale Zurich comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. **In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.**

L'obbligo informativo in capo a Zurich si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a Zurich qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 24 Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Articolo 25 Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel DIP, nel DIP aggiuntivo e al seguente indirizzo internet www.zurich.it.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - Tar. 60 DM

Parte I - Oggetto del Contratto

Articolo 1 Caratteristiche del Contratto, Prestazioni assicurate e mandato dell'assicurato

Art 1.1 Caratteristiche del Contratto

Le presenti Condizioni contrattuali disciplinano il prodotto denominato Taboo che appartiene alla tipologia di contratti di assicurazione temporanea caso morte nella tariffa a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato

Per le assicurazioni temporanee caso morte i premi versati sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio morte e non all'accumulo del capitale. Tali assicurazioni, pertanto, non prevedono un valore di riscatto e nulla è dovuto in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del Contratto.

Il presente Contratto prevede la figura del Contraente e dell'assicurato.

Il Contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto è sottoscrivibile da persone fisiche con età alla sottoscrizione minima pari a 18 anni e età massima pari a 75 anni.

La copertura assicurativa prevista dal Contratto richiede da parte dell'assicurato la compilazione e la sottoscrizione del "Questionario anamnestico", l'eventuale presentazione di accertamenti sanitari e di ogni altro eventuale documento che si sia reso necessario per la valutazione del rischio.

L'Assicurato può decidere di sottoporsi a visita medica, a proprie spese, in tal caso **la visita medica dovrà essere effettuata esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società.**

Entro 30 giorni dal pervenimento alla Società del rapporto di visita medica relativa allo stato di salute dell'assicurato, e/o dal pervenimento di eventuale documentazione sanitaria aggiuntiva richiesta dalla Società a fronte delle risposte al Questionario Anamnestico o delle dichiarazioni rese dall'assicurato durante l'accertamento del loro stato salute, la Società valuterà la Proposta:

1. In caso di valutazione positiva, la Società invierà la Polizza sottoscritta che vale come accettazione della Proposta;
2. In caso di valutazione negativa, la Società invierà una comunicazione di non accettazione della Proposta.

1.2 Prestazione Assicurata

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simplotto di polizza, nel caso in cui la morte dell'assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni

Di cui all'articolo 2.

La prestazione assicurata è garantita fermo restando quanto disciplinato nell'articolo 3 Limitazioni- periodi di carenza.

Le prestazioni sono garantite sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del Contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simplotto di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza del Contratto alla data di decesso dell'assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per i mesi contenuti nella durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza, il Contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

1.3 Mandato dell'Assicurato

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per

suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal contratto.

Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

Articolo 2 Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia 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;
- Pratica delle attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del Contratto. Sono escluse le seguenti attività sportive la cui pratica inizi successivamente alla data di sottoscrizione, anche se praticate occasionalmente: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio) paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sport da combattimento e sport estremi in genere;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica, o stati di alcolismo acuto e cronico.

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

(1) E' previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto:

Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbregialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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 la morte.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

(2) Inoltre è previsto un ulteriore periodo di carenza pari a 5 anni dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, abbia fornito specifico test HIV con esito negativo.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - come richiamati indicato nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni possono essere ridotte.

Articolo 4 Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo,

costante per tutta la durata del pagamento premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del Contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento dei premi, e comunque non oltre la morte dell'assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il Contratto o presso la Direzione della Società.

La Società applica differenti livelli di premio sulla base dell'entità del capitale assicurato e delle dichiarazioni rese in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di non Fumatore è indicata nel successivo articolo 6.

Articolo 5 Costi

Su ciascun premio annuo versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

Per capitali Iniziali fino a 300mila euro: il costo fisso è pari a 40,00 Euro

Per capitali Iniziali oltre 300mila: il costo fisso è pari a 20,00 Euro

Caricamenti: 11,50% da applicare al premio annuo dedotto il costo fisso.

Costi di frazionamento: sono previsti costi aggiuntivi di frazionamento, indicati nella tabella sottostante, se il contraente sceglie di rateizzare il premio annuo in una delle modalità di seguito indicate

Frazionamento	% applicata su ogni rata di premio
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	3,50%

Costo della visita medica

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Altri costi: si fa presente che le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari. Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

Non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)

Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa. **Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguente definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'assicurato e alla durata del Contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.**

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

La Proposta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto i documenti contrattuali.

La Società si riserva il diritto di non accettare la Proposta del Contraente a propria totale discrezione. In tal caso, restituirà al Contraente il Premio già corrisposto da quest'ultimo, non oltre il settimo Giorno Lavorativo successivo alla data di ricezione, da parte del Contraente, della lettera di mancata accettazione della Proposta. L'importo verrà accreditato sul conto corrente

bancario del Contraente indicato nella Proposta. In nessun caso la restituzione del Premio sarà eseguita a mezzo di denaro contante.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o, se successivo, dal giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società ai sensi del precedente articolo 7.1.) Mediante richiesta scritta, contenente gli elementi identificativi della Proposta, inviata con lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life UWS Individual Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Società rimborserà le somme eventualmente già incassate all'atto della sottoscrizione della Proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 8.2 Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio della lettera raccomandata A/R o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Società rimborserà al Contraente il Premio versato al netto dei costi fissi di emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.

In particolare:

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, la Società può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo i premi relativi al periodo assicurativo in corso. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la società non è tenuta a pagare alcunché.

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la Società pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

Quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano l'età dell'assicurato la Società ricalcolerà il premio in base all'età reale dell'assicurato e la durata del Contratto.

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

La modifica della professione o delle attività dell'assicurato in corso di Contratto, può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Società con l'emissione della polizza.

In caso di modifiche, in applicazione dell'articolo 1926 cc:

Nel caso in cui la modifica di professione o di attività è tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo della conclusione della polizza, la Società avrebbe consentito alla sottoscrizione del Contratto per un importo di premio maggiore, la Società:

- a. qualora si sia verificato il sinistro e sia conseguenza della nuova professione o attività, potrà ridurre, in proporzione del minor premio pagato in confronto di quello che sarebbe stato stabilito, il pagamento della prestazione dovuta per il caso di decesso dell'assicurato
- b. qualora non si sia ancora verificato il sinistro, la Società potrà decidere se ridurre la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato (lasciando invariato il premio) o se aumentare il premio (lasciando inalterata la somma assicurata).

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica della professione o delle attività, comunicherà per iscritto all'assicurato e/o il Contraente se intende modificare il Contratto riducendo la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato o aumentando il premio. In tal caso l'Assicurato e/o il

Contraente dovrà esprimere la sua volontà per iscritto entro 15 giorni dal ricevimento della proposta della Società. Trascorsi **i 15 giorni senza una risposta da parte dell'assicurato e/o del contraente la proposta di modifica della Società sarà considerata accettata**. Qualora l'Assicurato e/o il Contraente dichiarino di non accettare la modifica, il Contratto si considera risolto e non più produttivo di effetti. In tal caso la Società ha diritto al premio relativo al periodo di assicurazione in corso

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Mancato pagamento del premio o rate di premio e risoluzione del Contratto

Il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza comporta la sospensione delle prestazioni assicurative.

Trascorsi dodici mesi dalla data di sospensione delle prestazioni assicurative, il Contratto è risolto di diritto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società salva l'ipotesi di riattivazione del Contratto.

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

Durante il periodo di sospensione delle prestazioni assicurative il Contraente può chiedere di riattivare il Contratto mediante sottoscrizione dell'apposito modulo di riattivazione disponibile presso l'intermediario.

La Società, nel valutare la riattivazione del Contratto, ha la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari.

In caso di valutazione positiva, la Società entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal pervenimento della richiesta di riattivazione, invia al Contraente apposita comunicazione scritta con l'indicazione dell'importo da pagare che sarà pari ai premi o rate di premio non pagate maggiorate degli interessi legali maturati per il periodo di tempo intercorso tra le date di scadenza del premio o rate di premio e la data di ripresa del pagamento. La riattivazione del Contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire, previo consenso della Società, a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto, secondo quanto disposto dall'art. 1406 c.c. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Società. La Società previa valutazione dell'idoneità del nuovo Contraente e qualora acconsenta alla sostituzione invierà entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta, una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto, sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario.

Il Contraente, previo consenso della Società, può dare in pegno i crediti derivanti dal Contratto, ovvero vincolare il Contratto a favore di terzi.

La Società, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di costituzione del pegno o del vincolo, firmata dal Contraente, dal creditore pignoratizio o dal vincolatario e, laddove, esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile, effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo nel Contratto tramite appendice.

Il creditore pignoratizio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo (c.d. Vincolatario) potrà esigere dalla Società il pagamento dei crediti derivanti dal Contratto, nei limiti di quanto garantito o vincolato.

La Società può opporre al creditore pignoratizio e/o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo tutte le eccezioni derivanti dal Contratto che potrebbe opporre al Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

15.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente, salva sua espressa diversa volontà, designa in forma nominativa il/i Beneficiario/i cui spetta la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. La designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora il Contraente, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, Zurich potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i.

In nessun caso è prevista e consentita la possibilità di designare "Beneficiari segreti", diversi dalla forma generica, ovvero soggetti il cui nominativo non è conosciuto da Zurich sino al momento della prestazione.

Il Contraente, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/il Beneficiario/i, a cui Zurich potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto a Zurich di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich di accettare il beneficio; e
- (ii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Gli eredi del Contraente non possono modificare la designazione del Beneficiario dopo il decesso del Contraente.

Nel caso previsto dal punto (i) che precede, e dopo il decesso del Contraente, il Recesso, il Riscatto totale o il Riscatto parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle prestazioni di Zurich è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

15.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora il Contraente **designi espressamente più di un Beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. **In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.**

15.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Il Contraente può individuare i Beneficiari **con il generico riferimento agli eredi** (siano essi legittimi o testamentari), indicando **espressamente le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative. Tali criteri di ripartizione possono essere comunicati a Zurich in qualsiasi momento, oppure riportati nel testamento.**

In mancanza di tale indicazione Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) **soltanto per l'individuazione corretta dei Beneficiari**, mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi **in parti uguali.**

15.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un Beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 15.1 Designazione dei Beneficiari, il Contraente deve aggiornare la designazione dei Beneficiari.

In mancanza, Zurich ripartirà il beneficio di competenza del Beneficiario deceduto tra gli **eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo** come segue:

1. Nel caso di designazione di più di un Beneficiario ai sensi del precedente articolo 15.2: in parti uguali;
2. Nel caso di designazione degli eredi come Beneficiari ai sensi del precedente articolo 15.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione a favore dei discendenti di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari designati o, nel caso di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarla alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gliassicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2

e CRS);

- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un *fac-simile* di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri *fac-simile* utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile.

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a Zurich di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 2 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso

Inoltre, in caso di:

- Decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso
- Decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso. Il Contraente prende atto che la Società, in virtù di mandato conferito dall'assicurato anche nell'interesse della Società al momento della sottoscrizione del Contratto, a sua discrezione potrà attivarsi direttamente, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, al fine di ottenere l'eventuale documentazione non prodotta dai soggetti terzi competenti a produrla.

Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

Al fine di agevolare il Beneficiario, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *facsimile* di procura del Beneficiario a Zurich per la richiesta della documentazione, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del mandato conferito dall'assicurato e dal Beneficiario.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1a) Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1b) Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

- (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

4) Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un fac-simile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i suoi eredi, dovranno necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate nel successivo punto F- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente il/i Beneficiario/i della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale ulteriore documentazione.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Il termine entro il quale viene effettuato il pagamento delle prestazioni varia a seconda che i Beneficiari abbiano trasmesso tutta la documentazione a loro richiesta oppure no, come indicato di seguito.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

- trasmesso alla Società la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso di cui alla lettera C oppure
- sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura alla Società affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione medica relativa all'assicurato

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata alle precedenti lettere A), B), D) e, relativamente alla lettera C dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta del/dei Beneficiario/i dell'impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura del/dei Beneficiario/i alla Società.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla lettera E. In tal caso la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale documentazione ulteriore.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 18 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 19 Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 22 Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 23 Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio del documento unico di rendicontazione annuale Zurich

comunicerà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. **In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.**

L'obbligo informativo in capo a Zurich si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a Zurich qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 24 Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Articolo 25 Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel DIP, nel DIP aggiuntivo e al seguente indirizzo internet www.zurich.it.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico - Tar. 601 D

Parte I - Oggetto del Contratto

Articolo 1 Caratteristiche del Contratto, Prestazioni assicurate e mandato dell'assicurato

1.1. Caratteristiche del Contratto

Le presenti Condizioni contrattuali disciplinano il prodotto denominato Taboo che appartiene alla tipologia di contratti di assicurazione temporanea caso morte nella tariffa a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico.

Per le assicurazioni temporanee caso morte i premi versati sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio morte e non all'accumulo del capitale. Tali assicurazioni, pertanto, non prevedono un valore di riscatto e nulla è dovuto in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del Contratto.

Il presente Contratto prevede la figura del Contraente e dell'assicurato.

Il Contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il Contratto è sottoscrivibile da persone fisiche con età alla sottoscrizione minima pari a 18 anni e età massima pari a 75 anni.

La copertura assicurativa prevista dal Contratto richiede da parte dell'assicurato la compilazione e la sottoscrizione del "Questionario anamnestico", l'eventuale presentazione di accertamenti sanitari e di ogni altro eventuale documento che si sia reso necessario per la valutazione del rischio.

L'Assicurato può decidere di sottoporsi a visita medica, a proprie spese, in tal caso **la visita medica dovrà essere effettuata esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società.**

Entro 30 giorni dal pervenimento alla Società del rapporto di visita medica relativa allo stato di salute dell'assicurato, e/o dal pervenimento di eventuale documentazione sanitaria aggiuntiva richiesta dalla Società a fronte delle risposte al Questionario Anamnestico o delle dichiarazioni rese dall'assicurato durante l'accertamento del loro stato salute, la Società valuterà la Proposta:

1. In caso di valutazione positiva, la Società invierà la Polizza sottoscritta che vale come accettazione della Proposta;
2. In caso di valutazione negativa, la Società invierà una comunicazione di non accettazione della Proposta.

1.2 Prestazioni assicurate

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simulo di polizza, nel caso in cui la morte dell'assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del Contratto.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui all'articolo 2.

La prestazione assicurata è garantita fermo restando quanto disciplinato nell'articolo 3 Limitazioni- periodi di carenza.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza, il Contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

1.3 Mandato dell'assicurato

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal contratto.

Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il

verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

Articolo 2 Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia 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;
- Pratica delle attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del Contratto. Sono escluse le seguenti attività sportive la cui pratica inizi successivamente alla data di sottoscrizione, anche se praticate occasionalmente: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio) paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sport da combattimento e sport estremi in genere;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed intossicazione farmacologica, o stati di alcolismo acuto e cronico.

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

(1) E' previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto: Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;

Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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 la morte.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

(2) Inoltre è previsto un ulteriore periodo di carenza pari a 5 anni dall'entrata in vigore del Contratto durante il quale, in caso di decesso dell'assicurato dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita ovvero ad altra patologia ad essa collegata la Società si limita a restituire una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenuto decesso, al netto dei costi fissi di emissione.

Tale periodo di carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, abbia fornito specifico test HIV con esito negativo.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - come indicato nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni possono essere ridotte.

Articolo 4 Premio

La prestazione di cui all'art. 1 è garantita a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico indicato nella polizza. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Il pagamento del premio unico deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto o presso la Direzione della Società.

La Società applica differenti livelli di premio sulla base dell'entità del capitale assicurato e delle dichiarazioni rese in funzione al

proprio consumo di tabacco, ossia per assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di non Fumatore è indicata nel successivo articolo 6.

Articolo 5 Costi

Su ciascun premio annuo versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

	Importo fisso
Per Capitali Iniziali fino a 300mila euro	Euro 40,00
Per Capitali Iniziali oltre 300mila	Euro 20,00

Caricamenti

	Aliquota %
Per tariffe a premio unico	8,00%
- % da applicare al premio unico dedotto l'importo fisso	

Costo della visita medica

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di 50,00 euro ad un massimo di 250,00 euro ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente.

Altri costi: si fa presente che le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari. Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che Non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore o di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle sopraindicata definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'assicurato e alla durata del Contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

La Proposta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa dalla Società costituiranno ad ogni effetto i documenti contrattuali.

La Società si riserva il diritto di non accettare la Proposta del Contraente a propria totale discrezione. In tal caso, restituirà al Contraente il Premio già corrisposto da quest'ultimo, non oltre il settimo Giorno Lavorativo successivo alla data di ricezione, da parte del Contraente, della lettera di mancata accettazione della Proposta. L'importo verrà accreditato sul conto corrente bancario del Contraente indicato nella Proposta. In nessun caso la restituzione del Premio sarà eseguita a mezzo di denaro contante.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il Premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o, se successivo, dal giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società ai sensi del precedente articolo 7.1.) Mediante richiesta scritta, contenente gli elementi identificativi della Proposta, inviata con l

Lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life UWS Individual Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Società rimborserà le somme eventualmente già incassate all'atto della sottoscrizione della Proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 8.2 Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta dalla Società.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio della lettera raccomandata A/R o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Società rimborserà al Contraente il Premio versato al netto dei costi fissi di emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

In particolare:

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, la Società può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo i premi relativi al periodo assicurativo in corso. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la società non è tenuta a pagare alcunché.

Se il Contraente e/o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, la Società può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi qualora si verifichi un sinistro la Società pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

Quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano l'età dell'assicurato la Società ricalcolerà il premio in base all'età reale dell'assicurato e la durata del Contratto.

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

La modifica della professione o delle attività dell'assicurato in corso di Contratto, può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla Società con l'emissione della polizza.

In caso di modifiche, in applicazione dell'articolo 1926 cc:

Nel caso in cui la modifica di professione o di attività è tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo della conclusione della polizza, la Società avrebbe consentito alla sottoscrizione del Contratto per un importo di premio maggiore, la Società:

- a. qualora si sia verificato il sinistro e sia conseguenza della nuova professione o attività, potrà ridurre, in proporzione del minor premio pagato in confronto di quello che sarebbe stato stabilito, il pagamento della prestazione dovuta per il caso di decesso dell'assicurato
- b. qualora non si sia ancora verificato il sinistro, la Società potrà decidere se ridurre la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato (lasciando invariato il premio) o se aumentare il premio (lasciando inalterata la somma assicurata).

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica della professione o delle attività, comunicherà per iscritto all'assicurato e/o il Contraente se intende modificare il Contratto riducendo la somma assicurata per il caso di decesso dell'assicurato in proporzione del minor premio pagato o aumentando il premio. In tal caso l'Assicurato e/o il Contraente dovrà esprimere la sua volontà per iscritto entro 15 giorni dal ricevimento della proposta della Società. **Trascorsi i 15 giorni senza una risposta da parte dell'assicurato e/o del contraente la proposta di modifica della Società sarà considerata accettata.** Qualora l'Assicurato e/o il Contraente dichiarino di non accettare la modifica, il Contratto si considera risolto e non più produttivo di effetti. In tal caso la Società ha diritto al premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire, previo consenso della Società, a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto, secondo quanto disposto dall'art. 1406 c.c. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Società. La Società previa valutazione dell'idoneità del nuovo Contraente e qualora acconsenta alla sostituzione invierà entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta, una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto, sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario.

Il Contraente, previo consenso della Società, può dare in pegno i crediti derivanti dal Contratto, ovvero vincolare il Contratto a favore di terzi.

La Società, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di costituzione del pegno o del vincolo, firmata dal Contraente, dal creditore pignoratizio o dal vincolatario e, laddove, esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile, effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo nel Contratto tramite appendice.

Il creditore pignoratizio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo (c.d. Vincolatario) potrà esigere dalla Società il pagamento dei crediti derivanti dal Contratto, nei limiti di quanto garantito o vincolato.

La Società può opporre al creditore pignoratizio e/o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo tutte le eccezioni derivanti dal Contratto che potrebbe opporre al Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13 Beneficiari

13.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente, salva sua espressa diversa volontà, designa in forma nominativa il/i Beneficiario/i cui spetta la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. La designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

Qualora il Contraente, per sua espressa volontà, voglia designare il/i Beneficiario/i in forma generica anziché nominativa, Zurich potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/ i.

In nessun caso è prevista e consentita la possibilità di designare "Beneficiari segreti", diversi dalla forma generica, ovvero soggetti il cui nominativo non è conosciuto da Zurich sino al momento della prestazione.

Il Contraente, in caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare i dati anagrafici di un referente terzo, diverso dal/i Beneficiario/i, a cui Zurich potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto a Zurich di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich di accettare il beneficio; e
- (ii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Zurich la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Gli eredi del Contraente non possono modificare la designazione del Beneficiario dopo il decesso del Contraente.

Nel caso previsto dal punto (i) che precede, e dopo il decesso del Contraente, il Recesso, il Riscatto totale o il Riscatto parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle prestazioni di Zurich è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

13.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora il Contraente **designi espressamente più di un Beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. **In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.**

13.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

Il Contraente può individuare i Beneficiari **con il generico riferimento agli eredi** (siano essi legittimi o testamentari), indicando **espressamente le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative. Tali criteri di ripartizione possono essere comunicati a Zurich in qualsiasi momento, oppure riportati nel testamento.**

In mancanza di tale indicazione Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) **soltanto per l'individuazione corretta dei Beneficiari, mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali.**

13.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un Beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 13.1 Designazione dei Beneficiari, il Contraente deve aggiornare la designazione dei Beneficiari.

In mancanza, Zurich ripartirà il beneficio di competenza del Beneficiario deceduto tra gli **eredi legittimi o testamentari di quest'ultimo** come segue:

1. Nel caso di designazione di più di un Beneficiario ai sensi del precedente articolo 13.2: in parti uguali;
2. Nel caso di designazione degli eredi come Beneficiari ai sensi del precedente articolo 13.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione a favore dei discendenti di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 14 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari designati o, nel caso di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarla alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gli Assicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2 e CRS);
- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

In caso di modifiche alle informazioni richieste per il pagamento, anche a seguito di variazioni della normativa vigente, la Società ne darà evidenza sito internet e informerà tempestivamente il Contraente e l'eventuale Beneficiario irrevocabile

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un *fac-simile* di richiesta di pagamento oltre che una serie di altri *fac-simile* utili per la richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società si riserva di chiedere l'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto in possesso della Società o qualora questa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile.

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera solo per consentire a Zurich di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 2 delle Condizioni Contrattuali.

I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un

fac-simile di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 5 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

Qualora la documentazione elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso. Il Contraente prende atto che la Società, in virtù di mandato conferito dall'assicurato anche nell'interesse della Società al momento della sottoscrizione del Contratto, a sua discrezione potrà attivarsi direttamente, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, al fine di ottenere l'eventuale documentazione non prodotta dai soggetti terzi competenti a produrla.

Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

Al fine di agevolare il Beneficiario, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un *fac-simile* di procura del Beneficiario a Zurich per la richiesta della documentazione, per coloro che ritengono di farne uso.

La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del mandato conferito dall'assicurato e dal Beneficiario.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

1a) Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;

1b) Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

- (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

4) Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato

impugnato da alcuno.

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un fac-simile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, per coloro che ritengono di farne uso.

Nel caso in cui il capitale assicurato risulti superiore a 200.000 euro il/i Beneficiario/i, o i suoi eredi, dovranno necessariamente inviare alla Società l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

In presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate nel successivo articolo 17- ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente illi Beneficiario/i della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale ulteriore documentazione.

Le spese relative al recupero della documentazione relativa al decesso sono a carico dei Beneficiari.

Qualora la Società abbia sostenuto tali costi nell'esercizio del mandato ricevuto dall'assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha diritto al rimborso anche trattenendo tali costi dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Il termine entro il quale viene effettuato il pagamento delle prestazioni varia a seconda che i Beneficiari abbiano trasmesso tutta la documentazione a loro richiesta oppure no, come indicato di seguito.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata al presente articolo, Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

Trasmesso alla Società la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso di cui alla lettera C oppure

Sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura alla Società affinché la Società nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione medica relativa all'assicurato

La Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata alle precedenti lettere A), B), D) e, relativamente alla lettera C dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta del/dei Beneficiario/i dell'impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura del/dei Beneficiario/i alla Società.

Entro i limiti di tempo sopra specificati la Società potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla lettera E. In tal caso la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale in caso di decesso entro 14 giorni dal ricevimento di tale documentazione ulteriore.

La Società riconoscerà gli interessi moratori al tasso di Legge sulle somme da pagare qualora il pagamento della prestazione sia effettuato decorsi i termini sopra specificati.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 16 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 17 Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 18 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 19 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 20 Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Articolo 21 Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, il documento unico di rendicontazione annuale della posizione assicurativa. In occasione dell'invio del documento unico di rendicontazione annuale Zurich comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente ha la facoltà di esprimere, tramite la compilazione di un apposito modulo, il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartacea, delle comunicazioni in corso di contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente ed abilitato alla ricezione di messaggistica. **In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.**

L'obbligo informativo in capo a Zurich si riterrà assolto con l'invio delle comunicazioni all'ultimo indirizzo fornito dal Contraente. Il Contraente deve pertanto comunicare tempestivamente per iscritto a Zurich qualsiasi variazione del proprio indirizzo fisico (residenza/domicilio) od elettronico (posta elettronica).

Articolo 22 Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi. La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione IVASS e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Articolo 23 Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel DIP, nel DIP aggiuntivo e al seguente indirizzo internet www.zurich.it.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva malattia grave a premio annuo costante - Tar. 578 E (applicabile alle sole tariffe 60E - 60D - 60DM)

Parte I – Oggetto del Contratto

Articolo 1

Facoltà di abbinamento

Il Contraente di un'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo con periodo di pagamento premi pari almeno a 5 anni ha la facoltà di stipulare, contestualmente alla stessa, un'assicurazione aggiuntiva per il caso di malattia grave, per un capitale costante di ammontare consentito dalle norme in vigore al momento della sua stipulazione.

Articolo 2

Prestazioni assicurate

In base al presente Contratto, la Società si impegna a corrispondere all'assicurato il pagamento del capitale assicurato, qualora venga diagnosticata ed accertata a carico dell'assicurato, entro la durata del presente Contratto, una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi dell'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata". Il diritto alla corresponsione del capitale assicurato, secondo quanto previsti all'articolo 5 matura dopo trenta giorni dalla data di insorgenza della malattia grave.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato per insorgenza di malattia grave, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato sia colpito da altra malattia grave.

Il valore del capitale assicurato è indicato in polizza.

Articolo 3

Durata del Contratto e rinnovo dell'assicurazione

La durata del Contratto non deve risultare superiore a cinque anni.

L'assicurazione può essere, di volta in volta, rinnovata con la stessa regola per un ulteriore periodo di durata, purché la stessa non risulti superiore alla durata residua della temporanea in caso di morte, in tal caso il periodo coinciderà con la durata residua. Il capitale assicurato può essere pari a 50.000,00 euro o 100.000,00 euro o 150.000,00 euro e comunque non può superare il doppio del capitale assicurato con l'assicurazione in caso di morte.

In ogni caso devono essere rispettati i limiti di età previsti dall'assicurazione. Il rinnovo dell'assicurazione non comporterà ulteriori accertamenti dello stato di salute dell'assicurato né sarà soggetta al periodo di carenza di sei mesi stabilito all'art.6 a condizione che venga richiesto almeno sei mesi prima della scadenza dell'assicurazione in corso e per un capitale non superiore a quello da questa garantito in tal caso la garanzia aggiuntiva avrà durata pari alla durata residua dell'assicurazione in caso di morte.

L'età dell'assicurato alla sottoscrizione del Contratto, deve essere compresa tra 20 e 60 anni ed al termine della durata contrattuale non deve eccedere i 65 anni.

Articolo 4

Data di insorgenza della malattia grave

Per data insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica a corredo della denuncia del sinistro.

Articolo 5

Periodo di qualificazione in caso di decesso successivo alla data di insorgenza della malattia grave *Qualora nei trenta giorni successivi alla data di insorgenza della malattia grave, si verifichi il decesso dell'assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.*

Articolo 6

Periodo di carenza in caso di assicurazione senza visita medica

Qualora l'Assicurato venga colpito da una delle malattie gravi previste all'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata", entro i sei mesi successivi alla data di conclusione del presente Contratto, la Società, effettuati gli accertamenti previsti, corrisponderà in luogo del capitale assicurato in caso di malattia grave, una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente assicurazione, con annullamento della medesima.

La carenza non viene applicata qualora l'insorgenza della malattia grave sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio, avvenuto dopo la data di perfezionamento della presente assicurazione dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Resta comunque in facoltà dell'assicurato di richiedere che gli venga accordata la copertura assicurativa alle condizioni tutte che regolano la presente assicurazione aggiuntiva e senza applicazione della presente clausola di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Articolo 7

Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata

A. Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare che produca un deficit neurologico clinicamente accertabile di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) Infarto del tessuto cerebrale,
- b) Emorragia di vaso intracranico, oppure
- c) Embolizzazione da fonte extracranica

B. Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

1. Anamnesi di precordialgia tipica,
2. Nuove alterazioni elettrocardiografiche e
3. Aumento degli enzimi di necrosi miocardica

C. Cancro

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da esame istologico di malignità.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- Carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- Cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (t1a, T1b e T1c compresi) secondo il sistema TNM;
- I melanomi cutanei, Stadio 1 (☐ 1mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2010;
- Ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- Tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

D. Chirurgia cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. **Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.**

E. Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni accertata successivamente alla stipula della polizza. **È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.**

F. Trapianto di organi principali

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

Uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas; oppure

Midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

G. Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. **La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.**

Articolo 8 Esclusioni

E' esclusa dall'indennizzo l'insorgenza di malattia grave causata da:

- **Dolo del Contraente e del Beneficiario;**
- **Partecipazione attiva dell'assicurato a atti dolosi;**
- **Partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **Tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'assicurato,**
- **Abuso di alcool, stupefacenti o farmaci;**
- **Malattia in presenza di immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV. In questi casi la Società restituisce solo i premi pagati.**

Articolo 9

Data insorgenza della malattia grave

Per data insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica di corredo alla denuncia del sinistro.

Articolo 10

Periodo di carenza in caso di decesso successivo alla data di insorgenza della malattia grave Qualora, nei trenta giorni successivi alla data di insorgenza della malattia grave, si verifichi il decesso dell'assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.

Articolo 11 Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 2 "Prestazioni assicurate" sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo indicato in polizza.

Il premio annuo è determinato applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione iniziale o del suo eventuale rinnovo, con riferimento all'età dell'assicurato a tali epoche ed alla durata del Contratto.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza del Contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere riscosso nella rateazione indicata nella polizza e per la durata stabilita e comunque non oltre la data in cui sia diagnosticata la malattia grave dell'assicurato.

Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto o presso la Direzione della Società.

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 12

Conclusione del Contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve da parte della Società, la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione dell'accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del Contratto o dal giorno indicato in polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 13

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'assicurato devono essere esatte e complete; dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazioni, nonché la cessazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c..

L'inesatta dichiarazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Articolo 14

Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio o dall'invio della PEC. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Parte III - Regolamentazione nel corso del Contratto

Articolo 15

Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del Contratto

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il Contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto.

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

Articolo 16

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del Contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art 13 "Interruzione pagamento dei premi: risoluzione del Contratto" può essere riattivata contestualmente all'assicurazione per il caso di morte entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il Contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Parte IV - Pagamenti della Società

Articolo 17

Denuncia della malattia grave

Qualora all'assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra quelle riportate all'articolo 7, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata A.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Articolo 18

Obblighi del Contraente e dell'assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione aggiuntiva, sono obbligati:

A rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché

A fornire ogni ulteriore documentazione necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'assicurato con medici di sua fiducia.

Articolo 19

Accertamento e liquidazione della malattia grave

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, richiesta a norma dei precedenti articoli 17 e 18 ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento entro i successivi 30 giorni, decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Il decesso dell'assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga, dopo il periodo di

qualificazione di 30 giorni di cui al precedente articolo 5, prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità e comporta la liquidazione del capitale assicurato.

Qualora il decesso dell'assicurato intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, nessuna somma è dovuta per la presente assicurazione.

Articolo 20

Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

- In caso di accettazione dell'indennizzabilità di malattia grave deve essere consegnata la seguente documentazione:
 - Denuncia, tramite lettera raccomandata A.R. o PEC da inviare alla Direzione della Società, entro 90 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la malattia grave;
 - Relazione del medico curante e documentazione sanitaria (es. Cartella clinica in casodi eventuale ricovero in struttura ospedaliera) comprovante la diagnosi.
- In caso di decesso dell'assicurato trascorso il periodo di qualificazione di 30 giorni come indicato all'articolo 5, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:
 - Richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario, che dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - A) nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
 - B) IBAN di ciascun Beneficiario, in caso di pagamento con bonifico;
 - C) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'assicurato;
 - D) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
 - E) numero di Polizza (se conosciuto);
 - F) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
 - G) dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario;

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso le sedi degli Intermediari e sul proprio sito internet un fac-simile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- Certificato di morte emesso dall'ufficiale di stato civile;
- Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera. I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente;
- Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:
 - atto notorio redatto da un notaio
 - Oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;
- Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;
- Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio
 - Oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

- Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:
 - (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;

- (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
- (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare;

- Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):

- atto notorio redatto da un notaio

Oppure

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

Inoltre, nel caso di eredi testamentari, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

La documentazione elencata viene richiesta da la Società compatibilmente con quanto previsto dalle norme di legge applicabili.

In caso di necessità, o in presenza di situazioni di fatto che impongano particolari esigenze istruttorie, la Società può richiedere ulteriore documentazione probatoria. Le spese relative all'acquisizione della documentazione suddetta sono direttamente a carico dei Beneficiari.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 21

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 22 Imposte

Le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

Per le informazioni dettagliate sul regime fiscale applicabile al Contratto si rimanda alla documentazione precontrattuale.

Articolo 23

Foro competente

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 24

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta.

Articolo 25

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, Zurich non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

Articolo 26

Modifiche contrattuali

La Società modificherà le condizioni del presente Contratto per il necessario adeguamento alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente ne darà tempestiva comunicazione scritta ai Contraenti.

Taboo (Tariffa 578E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 03.2024

Condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni (applicabile alle sole tariffe 60E - 60D - 60DM)

Articolo 1

Prestazioni

In base alla presente garanzia, qualora la morte dell'assicurato sia conseguente ad infortunio, la Società pagherà ai Beneficiari designati nella polizza vita:

Il capitale aggiuntivo indicato dal semplice di polizza;

Il doppio del medesimo se l'infortunio sarà conseguente ad incidente della circolazione.

Il capitale assicurato ed il premio corrispondente sono indicati nel semplice di polizza, e l'importo del premio è compreso nel premio vita.

Articolo 2

Definizione di infortunio - Incidente della circolazione

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte dell'assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente:

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, marittimo o aereo.

L'assicurazione vale se la morte dell'assicurato per infortunio si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortunio anche:

L'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;

L'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'articolo 3 lettera d) che segue;

Le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini delle presenti condizioni particolari;

Le lesioni (esclusi infarti e le ernie) determinate da sforzi;

Le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;

Gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;

Quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;

Quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;

Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

Delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;

Di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;

Di giochi ed attività sportive a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'art. 3 che segue) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, motociclistici, cicloturistici e regate veliche;

Di attività sportive e relativi allenamenti, a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative Federazioni, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore.

Articolo 3

Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario, non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per

Taboo (Garanzia complementare infortuni)

Condizioni Contrattuali

8.964 - 03.2024

mobilizzazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono esclusi dall'assicurazione:

Gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio;

Gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

Gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, skateboard, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);

Gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o ad atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

Gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;

Gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;

Gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

Gli infortuni derivanti da trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 4

Estinzione dell'assicurazione

In caso di mancato pagamento, cessazione o esonero per qualsiasi causa, del pagamento dei premi dell'assicurazione vita;

Al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'assicurazione vita.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi a) e b) che precedono, non obbliga la Società la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dall'articolo "Pagamenti della Società", la Società pagherà il capitale della presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte è conseguente ad infortunio.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Articolo 6

Richiamo alle condizioni dell'assicurazione principale

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono - nelle misure in cui sono applicabili - le Condizioni di polizza vita e le norme di legge in materia.

Non sono applicabili per questa Assicurazione Complementare:

Le limitazioni della garanzia previste dalle Condizioni di polizza di assicurazione sulla vita;

Le modalità di rivalutazione delle prestazioni.

La Società rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

Glossario

Nel presente documento sono contenute e spiegate tutte le terminologie tecniche specifiche di un Contratto sulla vita. Il documento è suddiviso in cinque parti:

1. definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita
2. definizioni relative alla polizza
3. definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto
4. definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita

1. Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

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

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

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

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Cessione, pegno, vincolo

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

Conclusione del Contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il Contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del Contratto.

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 al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal Contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Taboo

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione Contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei 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)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del Contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del Contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del Contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritti (o interessi) di frazionamento

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tenere conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del Contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il Contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del Contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal Contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o 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.

Impignorabilità e inesquestrabilità

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

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

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 finalizzata a tali attività.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione**Taboo**

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Opzione

Clausola del Contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista.

Perfezionamento del Contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Prestito

Somma che il Contraente può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal Contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante appendice da allegare al Contratto.

Principio di adeguatezza

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

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario

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

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (S.D.D. - Sepa Direct Debit), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del Contratto.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del Contratto di assicurazione.

Riscatto

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

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del Contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti

Taboo

contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del Contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

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

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

2. Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

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

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

3. Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal

Taboo

Glossario

8.964 – 03.2024

Contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti

Premio periodico

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

Premio puro

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

Premio rateizzato o frazionato

Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più parte da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in unica soluzione alla Società al momento della conclusione del Contratto.

Sovrappremio

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

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal Contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso Capitale

in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Rendita vitalizia immediata in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento immediato al Beneficiario di una rendita vitalizia da corrispondere finché il Beneficiario è in vita.

Altre prestazioni e garanzie

Garanzia complementare infortuni

Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Rendita vitalizia in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, pagamento di una rendita vitalizia da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità, finché l'Assicurato è in vita.

Unità di misura legali: ai sensi del Decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 29/10/2009 (in attuazione della Direttiva 2009/3/CE) l'unità di misura temporale base è il "secondo" e quelle derivate il "minuto", l'"ora" e il "giorno". Pertanto laddove siano menzionate unità di misura temporali quali l'"anno" o il "mese", il riferimento alle stesse andrà inderogabilmente inteso rispettivamente a "365 giorni" e "30 giorni".

Gentile Cliente,

la nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei tuoi dati personali o dati personali relativi ad altri soggetti (ad esempio soggetti minori di cui eserciti la potestà genitoriale, beneficiari, assicurati), al fine di poter fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti nonché, con il tuo consenso, svolgere le ulteriori attività qui di seguito specificate. Ai sensi degli artt. 13 a 14 del Regolamento Europeo nr. 2016/679 (di seguito per brevità il "Regolamento") ti forniamo, pertanto, qui di seguito, l'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

Perché ti viene fornita questa informativa?

Per sapere come trattiamo i Dati Personali e per conoscere i tuoi diritti.

Se ci hai fornito dei Dati Personali di altre persone, ad esempio il nome dell'assicurato nel caso tu non lo sia, ricordati di consegnargli questo documento, è importante che anche loro sappiano come vengono trattati i loro dati e che conoscano i loro diritti.

Lo sapevi che, dato che trattiamo i tuoi Dati Personali, hai il ruolo di «Interessato» e noi di «Titolare»?

1. Chi è il Titolare del trattamento dei tuoi Dati Personali?

Il Titolare – il quale ti fornisce questa informativa – è la società Zurich Investments Life S.p.a, con la quale è stato sottoscritto il contratto di assicurazione o che ha emesso un preventivo/quotazione (di seguito la chiameremo anche "Compagnia").

1.1 Come puoi contattare il Titolare o il Data Protection Officer (DPO)?

Per qualsiasi domanda, necessità o richiesta di chiarimento, puoi contattare la Compagnia, scrivendo al Data Protection Officer (DPO) via:

- e-mail: privacy@it.zurich.com
- posta ordinaria: Zurich Investments Life S.p.a.

Via Benigno Crespi 23, 20159 Milano.

2. Per quali finalità saranno trattati i tuoi Dati Personali?

a) Finalità contrattuali e di legge

Per le finalità contrattuali, cioè per fornirti i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti e per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa:

- accesso al servizio di consultazione della tua posizione assicurativa (Area Riservata Clienti)
- predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza
- predisposizione e stipulazione di contratti assicurativi
- raccolta del premio assicurativo
- liquidazione dei sinistri o pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto
- riassicurazione
- coassicurazione
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore;

Per le finalità di legge, cioè per permettere alla Compagnia di rispettare gli obblighi di legge, regolamentari, della disciplina comunitaria, antiriciclaggio, antiterrorismo, gestione e controllo interno.

Se non fornisci i dati ed il consenso per le finalità sopra previste, potrebbe essere impossibile per la Compagnia fornirti i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, compresi la quotazione, la registrazione e l'accesso al servizio c.d. Area Clienti.

b) Finalità di marketing e ricerche di mercato

Per l'invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate alla clientela, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di propri prodotti o servizi della Società o di altre società del Gruppo Zurich nonché per consentire alla Compagnia di condurre ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, laddove conferiti per le finalità di cui al precedente punto a).

Potremo contattarti tramite posta elettronica, sms, smart messaging, messaggi tramite l'Area Riservata Clienti, posta cartacea e telefonate con operatore.

c) Rilevazioni statistiche

Per effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi, con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, laddove conferiti per le finalità di cui al precedente punto a).

d) Comunicazioni a terzi al fine di consentire agli stessi loro proprie iniziative di marketing

Per essere comunicati a soggetti terzi (quali società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd. Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i tuoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

e) Soft Spam

Per proporti prodotti, servizi e prestazioni analoghi a quelli da te acquistati. Tuttavia, qualora non desiderassi ricevere tali comunicazioni, potrai darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente punto 1.1 della presente informativa privacy o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da te ricevute. La Società, in tal caso, interromperà senza ritardo la suddetta attività.

f) Attività di autovalutazione del servizio prestato

Per contattarti al fine di ricevere da te informazioni circa la gestione dell'attività assicurativa da parte di Zurich e dei soggetti dalla stessa incaricati, al fine di procedere ad un'autovalutazione della gestione della pratica da parte della Società, in un'ottica di miglioramento del servizio fornito. Tuttavia, ove tu non desiderassi essere contattato per tale scopo, potrai darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente punto 1.1 o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da te ricevute. In tal caso, la Società non procederà con il trattamento di cui al presente paragrafo 2 f).

Con riferimento ai precedenti punti 2 b), c), d), e), f) Ti precisiamo che se non ci fornirai il tuo consenso, se deciderai di revocarlo o se non vorrai comunicarci i tuoi dati per tali finalità, avrai comunque la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti (a differenza di quanto previsto per le Finalità contrattuali e di legge).

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei tuoi Dati Personali?

Le basi giuridiche sono ciò che rende lecito il trattamento dei tuoi Dati Personali da parte della Compagnia. Per ciascuna finalità indicata al punto 2, ti elenchiamo di seguito le basi giuridiche corrispondenti.

Per i trattamenti svolti per Finalità contrattuali e di legge, le basi giuridiche sono:

- (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione – e contrattuali del rapporto, ivi incluse le attività di raccolta dei premi e liquidazione delle prestazioni);
- (ii) la normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche e antiterrorismo);

- (iii) l'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, di indagine, di tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).
- punti 2 b), c) e d) (trattamenti svolti per finalità di marketing, finalità statistiche e comunicazione a terzi) la base giuridica degli stessi sono i rispettivi consensi eventualmente prestati;
 - punto 2 e) (soft spam) la base giuridica è il legittimo interesse della Società all'utilizzo delle coordinate di posta elettronica di un cliente all'invio di un numero limitato di comunicazioni commerciali che possano essere appropriate ed inerenti al rapporto assicurativo con lo stesso intercorrente.
 - punto 2 f) (attività di autovalutazione) la base giuridica è il legittimo interesse della Società ad effettuare un'autovalutazione dell'attività dalla stessa svolta in merito ai servizi forniti e alla gestione della pratica assicurativa, al fine di migliorare il proprio operato.



4. A chi possono essere comunicati i tuoi Dati Personali?

Per ciascuna finalità indicata al punto 2, ti elenchiamo di seguito i soggetti a cui potremmo comunicare i tuoi dati:

- punto 2 a) (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge), i tuoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) assicuratori, coassicuratori, riassicuratori; (ii) intermediari assicurativi (ad esempio agenti, broker, banche); (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (v) legali; periti; medici; centri medici; (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione; (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, IVASS ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.
- punti 2 b), c), d), e) e f) (finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, soft spam e attività di autovalutazione), i tuoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (ii), altri soggetti operanti nel settore bancario e dell'intermediazione assicurativa e finanziaria e partner commerciali (iii) società di servizi, fornitori, società esterne ai fini di ricerche di mercato.



5. I tuoi Dati Personali possono essere trasferiti all'estero e/o diffusi?

I tuoi dati personali potranno essere trasferiti all'estero, prevalentemente verso paesi Europei. I tuoi dati personali possono essere trasferiti anche verso paesi extra europei (tra cui la Svizzera, in quanto la sede della società capogruppo si trova a Zurigo, e nel Regno Unito). Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile e adottando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza.

Ti precisiamo che i trasferimenti verso Paesi extra europei - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avvengono sulla base delle "Clausole Contrattuali Standard" emanate dalla Commissione a garanzia del corretto trattamento. Puoi, in ogni caso, contattare il Data Protection Officer ai recapiti riportati nel punto 1.1 al fine di avere esatte informazioni circa il trasferimento dei tuoi dati ed il luogo specifico di loro collocazione.

I Dati Personali non sono soggetti a diffusione.



6. Per quanto tempo vengono conservati i tuoi Dati Personali?

I tuoi dati personali verranno conservati dalla Compagnia solo per il tempo strettamente necessario alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, verranno conservati per i seguenti periodi di tempo:

- (i) dati contrattuali: per 20 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.

- (ii) dati inerenti alle attività antifrode: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iii) dati inerenti alle attività di contrasto al riciclaggio di denaro e antiterrorismo: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iv) dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva.
- (v) dati trattati per finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche e soft spam: 2 anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.
- (vi) dati trattati per finalità per attività di autovalutazione: 12 mesi dalla conclusione dell'attività di autovalutazione.



7. Come vengono trattati i tuoi Dati Personali? Vengono svolti trattamenti automatizzati?

Per predisporre i preventivi, calcolare il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, svolgiamo delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato sui dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato e pregressi eventi morbosi o comunque con un'incidenza sullo stato di salute in caso di polizze sulla salute e/o sulla vita.

Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza di calcolo del rischio connaturato con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Infine, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, antiriciclaggio ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo.

A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo.



8. Quali sono i tuoi diritti?

In base agli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento GDPR, hai numerosi diritti, tra cui il diritto di:

- accedere ai tuoi Dati Personali e ottenere informazioni circa gli stessi, le finalità e le modalità del trattamento;
- ottenere la rettifica e l'aggiornamento dei tuoi Dati Personali, chiedere la limitazione del trattamento effettuato (inclusa, ove possibile, la cancellazione);
- opporli per fini legittimi al trattamento dei Dati Personali nonché esercitare il tuo diritto alla portabilità degli stessi;
- proporre reclamo alla competente Autorità di controllo.

Ti ricordiamo che puoi revocare in ogni momento il consenso eventualmente prestato al trattamento dei dati per finalità di marketing indicate ai punti 2 b), c), d), e) e f). La revoca anche se espressa con riferimento ad uno specifico mezzo di comunicazione, si estenderà automaticamente a tutte le tipologie di invio e di mezzo comunicativo.

Come puoi esercitare i tuoi diritti?

È sufficiente scrivere al Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti indicati nel punto 1.1.

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 207.925.480 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7/11/1953 (G.U. 3/21954 n. 27)

Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it



Beneficiari caso vita (se previsto dalla forma assicurativa)

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

In alternativa Beneficiario Standard: _____

* Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiari caso morte (Da non compilare per viceversa: il beneficiario caso morte è l'Assicurando sopravvivente)

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

In alternativa Beneficiario Standard: _____

* Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario in caso di commorienza ex art. 4 codice civile (solo per Viceversa)

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento*

In alternativa Beneficiario Standard**:

* Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

ELENCO BENEFICIARI STANDARD

- 0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO
- 0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE
- 0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
- 0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI
- 0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
- 0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
- 0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
- 0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

- 0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
- 0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
- 0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
- 0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
- 0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
- 0814 IL CONTRAENTE
- 0815 LA DITTA/SOCIETA' CONTRAENTE

- SOLO PER ZURICH VICEVERSA:
- 0818 GLI EREDI LEGITTIMI DEGLI ASSICURATI IN PARTI UGUALI

- 0819 GLI EREDI TESTAMENTARI DEGLI ASSICURATI; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

G Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

Io sottoscritto/a, presto il mio consenso alla trasmissione in formato elettronico della documentazione e delle comunicazioni relative al presente contratto che progressivamente verranno rese disponibili in tale formato. A tal fine, fornisco un indirizzo e-mail esistente, abilitato alla ricezione di messaggistica e non appartenente all'Intermediario, impegnandomi a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni eventuale variazione al riguardo. SI NO

INDIRIZZO E-MAIL _____

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Contraente → _____

H Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando

Il sottoscritto Contraente:

- Prende atto** che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta stessa. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato sulla polizza o sulla comunicazione di accettazione quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
- Dichiara che**, prima della sottoscrizione del modulo di proposta, ha ricevuto e accettato integralmente il set informativo costituito dai seguenti documenti nelle rispettive versioni ed edizioni in vigore alla data di sottoscrizione del modulo di proposta.
Per i prodotti di investimento assicurativo il set informativo è composto da: il Documento contenente le informazioni chiave, il Documento informativo

Firma leggibile
dell'Intermediario → _____

Luogo e Data _____

precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), le condizioni di assicurazione (comprenditive del Glossario dei termini), il Modulo di proposta

Per i prodotti vita diversi dai prodotti di investimento assicurativo il set informativo è composto da:

il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita), le condizioni di assicurazione (comprenditive del Glossario dei termini), il Modulo di proposta

- Dichiara di aver preso visione** delle informazioni sugli obblighi di comportamento e sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti.
- Prende atto** che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Firma leggibile
del Contraente → _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., il Contraente dichiara di approvare specificatamente gli articoli Tasse e Oneri, Costi, Contraente e Assicurando, Riscatto, Riscatto Parziale, Esclusioni e limitazioni.

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Contraente → _____

Il/I sottoscritto/i Assicurando/i

- Dichiarano di dare il consenso** all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Primo Assicurando → _____

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Secondo Assicurando → _____

(solo per Viceversa)

- Prosciogliono** del segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
- Dichiarano** che le informazioni fornite nella presente proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete e che ne assumo ogni responsabilità anche se sono state scritte da altri.
- Prendono atto** delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:
a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto**

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Primo Assicurando → _____

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Secondo Assicurando → _____

(solo per Viceversa)

legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; la Società, anche tramite i propri Intermediari, darà evidenza del costo a carico dell'Assicurando prima dell'effettuazione degli accertamenti richiesti.

Gli Assicurandi autorizzano, delegano e conferiscono mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e sensibili ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal Contratto. Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Primo Assicurando → _____

Luogo e Data _____

Firma leggibile del Secondo Assicurando → _____

(solo per Viceversa)

sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società, e o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

I Consenso al trattamento dei dati

Il/I sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i propri dati personali - ivi inclusi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario, dal Referente Terzo, dal Soggetto Terzo e dal Titolare effettivo, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa al Beneficiario/Referente Terzo/Soggetto Terzo/Titolare effettivo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data _____

Firma leggibile del Contraente* → _____

Data _____

Firma leggibile dell'Assicurando → _____

(quando non sia lo stesso Contraente)

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. SI NO
- per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. SI NO
- per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. SI NO

Data _____

Firma leggibile del Contraente* → _____

* in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale

Zurich Taboo

Questionario medico semplificato Proposta n° _____

Diritto all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193)

L'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni in merito a patologie oncologiche da cui è guarito da più di 10 anni (5 anni se la patologia è insorta prima dei 21 anni). Il Ministero della Salute ha definito per specifiche patologie termini ridotti (vedasi Allegato 1).

L'Assicurato, a tutte le domande che si riferiscono a patologie oncologiche di cui al questionario che segue, risponde "NO" quando:

- non ne ha mai sofferto; o
- ne è guarito con terapia/trattamento attivo concluso nei termini sopra indicati, senza episodi di recidiva.

Assicurando Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Attività Professionale (*) CODICE 1 2 ALTRO _____

Attività sportiva (*) CODICE 1 2 ALTRO _____

(*) VEDI TABELLA CODICI SUL RETRO

Fuma o ha mai fumato sigarette, sigari, pipe, sigarette elettroniche o altro negli ultimi 36 mesi? SI NO

Questionario sanitario semplificato (da compilare solo in caso di cumulo capitale uguale o inferiore a Euro 200.000 ed età inferiore o uguale a 55 anni)

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio - garanzia Caso Morte e Malattie Gravi

1. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato o si è sottoposto a visite specialistiche o interventi chirurgici, anche in day hospital, o attualmente è in attesa di farlo (salvo per interventi minori: difetti della vista, deviazione del setto nasale, denti, chirurgia estetica, impianto protesi articolare, appendicite, ernia, parto, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi/legamenti/ tendini, fratture, alluce valgo)? SI NO

2. Soffre o ha sofferto di:
- tumori maligni? SI NO

- malattie del sistema nervoso o della psiche (psicosi, depressione, ansia, ritardo mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, epilessia)? SI NO

- malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, asma, sarcoidosi, enfisema, tubercolosi)? SI NO

- malattie dell'apparato cardiocircolatorio (infarto, angina, valvulopatie, aritmie)? SI NO

- malattie renali (insufficienza renale, glomerulonefriti, calcoli), genitourinarie? SI NO

- malattie del sangue (anemie, policitemie, piastrinopatie, HIV), del sistema immunitario (spondilite anchilosante, artrite psoriasica, artrite reumatoide, connettivopatie, lupus)? SI NO

- malattie del sistema endocrino metabolico (diabete, malattie dell'ipofisi o surreni)? SI NO

- malattie dell'apparato digerente (esofago di Barret, ulcera, steatosi, epatite, cirrosi, pancreatite, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, poliposi familiare)? SI NO

3. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti, fa o ha fatto abuso di sostanze alcoliche oppure ha in questo momento patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? SI NO

4. La differenza tra la sua altezza in centimetri ed il suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120? SI NO

5. La misurazione della pressione arteriosa è compresa fra i seguenti valori: minima tra 60 e 85 mm Hg, massima tra 90 e 130 mm Hg? SI NO

Tabella dei codici

Professionale

1. Impiegato/dirigente, libero professionista, commerciante, ferrovieri e macchinisti; appartenente alle forze armate (escluso aviazione, sommozzatori, forze speciali, artificieri), Carabinieri e Guardia di Finanza non appartenenti a forze speciali, guardia carceraria; marittimo o pescatore di mare; albergatore o operatore turistico; chimico; medico; ingegnere; geometra; pensionato; benestante o studente; casalinga; insegnante; religioso; agricoltore; autista di autocarri con trasporto merce non pericolosa; elettricista, artigiano, operaio o lavoratore edile con accesso ai tetti, impalcature con altezze inferiori a 15 metri; fabbro o falegname; ruspista; escavatorista; trattorista, operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; altre attività professionali equiparabili a quelle sopra elencate.
2. Autista di autocarri con trasporto merce pericolosa; artigiano, operaio o lavoratore edile con accesso a tetti, impalcature con altezze superiori a 15 metri, gruista, miscelatore e operatore di forno (industria metallurgica); addetto allo scavo di gallerie, personale della marina mercantile, Vigili del Fuoco; guardia del corpo, guardia giurata, Carabinieri e Guardia di Finanza appartenenti a forze speciali;
3. Altro.

Attività Sportiva

1. Nessuna attività sportiva oppure attività di baseball; biliardo; calcio; football; golf; hockey; pallacanestro; pallavolo; palla a mano; rugby; squash; tennis; nuoto; fitness; sci (escluso sci estremo); pesca e caccia; arti marziali; ciclismo; equitazione; triathlon; sport motoristici senza partecipazione a gare e/o manifestazioni; alpinismo inferiore al 3° grado secondo la scala francese; escursionismo inferiore ai 5.000 metri; qualsiasi sport invernale (escluso quello praticato in zone remote accessibili solo con elicottero o aereo, compreso elisci); attività subacquee a profondità inferiore a 40 metri (escluso grotte, caverne, esplorazione relitti ed escursioni in solitaria); vela (escluso vela d'altura e transoceanica); arti marziali a livello dilettantistico; equitazione; altre attività sportive equiparabili a quelle sopra elencate.
2. Alpinismo superiore al 3° grado secondo la scala francese; escursionismo superiore a 5.000 metri; sport invernale praticato in zone remote accessibili solo con elicottero o aereo, compreso elisci; speleologia; attività subacquee a profondità superiore a 40 metri (compreso grotte, caverne, esplorazione relitti ed escursioni in solitaria); vela di altura o transoceanica; sport motoristici con partecipazione a gare e/o manifestazioni a livello dilettantistico; sport aerei; arti marziali a livello agonistico.
3. Altro.

Allegato 1

DECRETO 22 marzo 2024

Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023.

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Data di ultimo aggiornamento (pubblicazione in Gazzetta Ufficiale): 24 aprile 2024

Zurich Taboo

Questionario medico standard Proposta n° _____

Diritto all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193)

L'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni in merito a patologie oncologiche da cui è guarito da più di 10 anni (5 anni se la patologia è insorta prima dei 21 anni). Il Ministero della Salute ha definito per specifiche patologie termini ridotti (vedasi Allegato 1).

L'Assicurato, a tutte le domande che si riferiscono a patologie oncologiche di cui al questionario che segue, risponde "NO" quando:

- non ne ha mai sofferto; o
- ne è guarito con terapia/trattamento attivo concluso nei termini sopra indicati, senza episodi di recidiva.

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____
Professione _____

Dichiarazioni dell'Assicurando

- L'Assicurando pratica sports pericolosi? (es. freeclimbing, alpinismo, sub, parapendio, paracadutismo, etc.) SI NO Se SI specificare: Quali? Prende parte a gare o manifestazioni sportive? _____
Come Professionista o come dilettante? _____
- L'Assicurando nell'esercizio della sua professione è esposto a speciali pericoli? (es. contatti con materie velenose, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcature o tetti) SI NO Se SI specificare: Quali? _____
- L'Assicurando guida con continuità autocarri o autotreni? (specificare la merce trasportata) SI NO _____

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio - garanzia CASO MORTE

1. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc. o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (salvo per appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, chirurgia estetica, parto, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi o legamenti, fratture di arti, estrazioni dentali, deviazione del setto nasale, alluce valgo)? SI NO Se SI per quali cause? In che anno? Per quanto tempo? Diagnosi? _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
2. Ha sofferto o soffre di malattie:
- dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- IN CASO DI IPERTENSIONE DICHIARARE I VALORI PRESSORI: MAX. MIN. _____
- dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, altre malattie e disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- dell'apparato genito-urinario? (nefriti, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo o disturbi genitali) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- dell'apparato muscolo-scheletrico? (artriti, artrosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, parestesie, paralisi, tumori, nevrosi, ansia, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- del sistema endocrino metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, linfomi altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____
- del sistema immunitario? (artrite reumatoide, sindrome di Sjogren, positività ad HIV, etc.) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO _____

3. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti o di alcolici oppure ha in questo momento patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Da quanto tempo - Quantità giornaliera -
 NO _____
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

4. Fa o ha fatto uso di tabacco? SI Se SI specificare: Da quanti anni - Quantità giornaliera -
 NO _____
HO SMESSO: SI Da quanti anni _____

5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche od esami ematochimici (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonscopia, ECG) che abbiano dato esiti fuori dalla norma? Oppure è in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari? SI Se SI specificare: Quali - Diagnosi
 NO _____

6. Dichiaro: altezza e peso attuali: cm. _____ Kg. _____

Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE

7. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, tumore, diabete, malattie renali o malattie ereditarie prima dell'età di 65 anni? SI Se SI specificare: Quali - Grado di parentela - A che età - Presenza in vita (SI/NO)?
 NO _____

8. Assume abitualmente medicinali? SI Se SI specificare: Quali - Da quanto tempo - Per quale motivo
 NO _____

9. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. _____ Min. _____

Il sottoscritto Assicurando:

DICHIARA, ricevuta e letta l'Informativa ex art.13 D.lgs 196/2003 (Codice in materia di dati personali) di prestare, come definiti dal Regolamento EU 2016/679 e s.m.i., il consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili per le finalità di cui al punto 1) dell'Informativa suddetta.

DICHIARA di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'Art. 1919 codice civile.

DICHIARA che le informazioni fornite nel presente questionario, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete e che ne assume ogni responsabilità anche se sono state scritte da altri.

PROSCIoglie dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

PRENDE ATTO delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; la Società, anche tramite i propri Intermediari, darà evidenza del costo a carico dell'Assicurato prima dell'effettuazione degli accertamenti richiesti.

Luogo e Data _____ Firma (leggibile) dell'Assicurando 

Allegato 1

DECRETO 22 marzo 2024

Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023.

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Data di ultimo aggiornamento (pubblicazione in Gazzetta Ufficiale): 24 aprile 2024

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale E 207.925.480 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3/1/08 al n. 1.00027 Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953

(G.U. 3.2.1954 n. 27)

Indirizzo PEC: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it - www.zurich.it



03.2024

