

Programma di Protezione Totale

Programma di coperture complementari abbinabili
ai contratti di assicurazione sulla vita di tipo unit-linked

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- *Nota informativa*
- *Condizioni contrattuali*
- *Glossario*
- *Modulo di Proposta*

***deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione della Proposta di assicurazione***

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

Indice

Programma di Protezione Totale

Nota informativa

Condizioni contrattuali comuni a tutte le coperture complementari

Informativa Privacy

Glossario

Allegato A

Modulo di Proposta

Programma di Protezione Totale

Nota informativa

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto da ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni contrattuali prima della sottoscrizione.

A. Informazioni sulla Società di assicurazione

1. Informazioni generali

Zurich Life and Pensions S.p.A. (di seguito la Società) - società a socio unico, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Investment Life S.p.A. ed appartenente al Gruppo Zurich Italia diretto e coordinato da Zurich Investment Life S.p.A. - con sede legale e direzione a Milano - Italia - Via Benigno Crespi, 23 - Cap. 20159 - Recapito telefonico +39 025966.1 - Indirizzo PEC: Zurich.Life.Pensions@pec.zurich.it - Sito internet: www.zurichlifeandpensions.it, Indirizzo di posta elettronica infopensions@it.zurich.com. Zurich Life and Pensions è una società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale 1.10.1991 (G.U. 14/10/1991 n. 241) - Data iscrizione all'Albo Imprese IVASS: 03.01.2008 - Numero di iscrizione: 1.00100.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società
L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 75.843.253 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 40.500.000;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 20.497.131;
- la parte relativa agli utili portati a nuovo è pari a euro 570.040.

L'indice di solvibilità 1,89 riferito alla gestione vita, rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile pari a 75,7 milioni di euro e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente pari a 40,1 milioni di euro.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il Programma di Protezione Totale prevede le seguenti coperture complementari: caso morte, infortuni caso morte, malattie gravi, invalidità totale e permanente, long term care a premio annuo e long term care a premio unico. Tali coperture possono essere sottoscritte, secondo le condizioni di seguito descritte, in abbinamento ai contratti di assicurazione sulla vita di tipo unit-linked che prevedono tale possibilità; tali contratti, nel prosieguo del presente fascicolo informativo, sono definiti "il contratto principale".

La durata delle coperture assicurative complementari caso morte, infortuni caso morte, malattie gravi, invalidità totale e permanente, long term care a premio annuo è pari al periodo intercorrente tra la decorrenza della copertura complementare e la scadenza del contratto principale. La scadenza delle citate coperture complementari, in qualunque momento attivate, coincide con quella del contratto principale. La copertura long term care a vita intera si risolve con il decesso dell'Assicurato.

Copertura complementare caso morte

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce la corresponsione di un capitale assicurato ai beneficiari designati dal Contraente. Il capitale minimo assicurabile è pari a 25.000,00 Euro.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa. Tale copertura prevede alcuni casi di esclusione dettagliatamente indicati all'articolo 4 "Esclusioni e Limitazioni" delle Condizioni contrattuali. Qualora si sia proceduto con la compilazione dell'apposto questionario, l'efficacia delle garanzie in caso di decesso risulteranno limitate come specificato dall'articolo 4 "Esclusioni e Limitazioni" delle Condizioni contrattuali.

Copertura complementare infortuni

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio prima della scadenza del contratto, la Società garantisce il pagamento di un capitale assicurato ai beneficiari designati dal Contraente, a condizione che il decesso si verifichi entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto. Tale capitale viene raddoppiato in caso di decesso per infortunio conseguente ad uno degli eventi dettagliatamente descritti nelle condizioni contrattuali del presente fascicolo. Il capitale assicurato per tale copertura è pari al capitale previsto per la copertura caso morte e non potrà essere superiore al massimale indicato in Proposta. Tale copertura prevede alcuni casi di sospensione ed esclusione dettagliatamente rappresentati all' articolo 4 delle condizioni contrattuali.

Copertura complementare malattie gravi

Nel caso in cui l'Assicurato nel corso della durata contrattuale sia colpito da una delle malattie gravi indicate nelle condizioni contrattuali, e a condizione che a seguito della malattia grave si verifichi uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%, la Società garantisce il pagamento di un capitale all'Assicurato stesso. Il capitale assicurato è scelto dal Contraente entro i limiti contrattuali stabiliti nella Proposta di assicurazione del Programma di Protezione Totale; il capitale minimo è pari a 25.000,00 Euro. Dopo la liquidazione del capitale la copertura si estingue. Quindi, in ogni caso, il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta. L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Società.

Qualora si sia proceduto con la compilazione dell'apposto questionario, l'efficacia delle assicurate risulteranno limitate come specificato dall'articolo 7 "Carenza" delle Condizioni contrattuali.

Tale copertura prevede alcuni casi di esclusione dettagliatamente indicati all' articolo 6 "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione.

Copertura complementare invalidità totale e permanente da infortunio e malattia

Nel caso in cui nel corso della durata contrattuale l'Assicura-

to sia colpito da invalidità totale e permanente, la Società garantisce il pagamento di un capitale all'Assicurato stesso. Il capitale assicurato è scelto dal Contraente entro i limiti contrattuali stabiliti nella Proposta di assicurazione del Programma di Protezione Totale; il capitale minimo è pari a 25.000,00 Euro. L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Società. Qualora si sia proceduto con la compilazione dell'apposto questionario, l'efficacia delle garanzie assicurate risulteranno limitate come specificato dall'articolo 5 "Carenza" delle Condizioni contrattuali. Tale copertura prevede alcuni casi di esclusione dettagliatamente rappresentati all'articolo 4 "Esclusioni" delle Condizioni contrattuali.

Copertura complementare long term care

Nel caso in cui nel corso della durata contrattuale venga accertato che l'Assicurato versi in uno stato di non autosufficienza dovuto a infortunio, malattie fisiche e/o mentali, la Società garantisce il pagamento di una rendita annuale con rateazione mensile. In aggiunta alla rendita, e solo in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza, la Società garantisce il pagamento di un capitale pari all'importo della rendita annuale. La rendita assicurata è scelta dal Contraente entro i limiti contrattuali stabiliti nella Proposta di assicurazione del Programma di Protezione Totale; la rendita annua massima assicurabile è pari a 30.000,00 Euro. La Società non è tenuta ad alcuna prestazione, come indicato all'articolo 5 "Carenza" delle Condizioni contrattuali, nel caso in cui:

- lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 12 mesi dalla data di decorrenza della copertura e sia causato da perdita delle capacità cognitive;
- lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza della copertura e sia dovuto a cause diverse da quelle precedentemente indicate.

In tal caso la Società rimborsa un importo pari al premio prelevato per la copertura complementare e disattiva la copertura stessa. In ogni caso, l'erogazione del capitale pari all'importo della rendita annua assicurata non è dovuta se lo stato di non autosufficienza insorge nei primi tre anni dalla data di decorrenza degli effetti della copertura. Tale copertura prevede alcuni casi di esclusione dettagliatamente rappresentati nell'articolo 4 delle condizioni contrattuali

Tutte le coperture del Programma di Protezione Totale sono contratti di puro rischio. Ciò vuol dire che il premio versato dal Contraente è interamente utilizzato dalla Società per la copertura del rischio assicurativo.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Società che possono anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione. Leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze relative alla compilazione del questionario anamnestico contenute nel modulo di Proposta.

L'Intermediario assicurativo non può assumere anche qualifica di Beneficiario o vincolatario o creditore pignoratorio.

4. Premi

Le prestazioni assicurate sono garantite previo versamento di un premio annuo anticipato.

Relativamente alle coperture complementari malattie gravi, invalidità totale e permanente, long term care l'importo del premio è variabile in relazione al capitale assicurato, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, all'attività professionale e alle sue abitudini di vita.

Relativamente alla copertura caso morte, il premio varia in relazione alle condizioni citate e alla condizione di fumatore/non fumatore dell'Assicurato.

Il premio annuo relativo alla copertura complementare infortuni è fisso ed è pari all'1,5% del capitale assicurato per la copertura caso morte.

Il premio relativo alla prima semestralità delle coperture complementari e della copertura long term care a premio annuo, qualora vengano attivate contemporaneamente al contratto principale, viene prelevato dal versamento effettuato dal Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta e prima dell'acquisizione delle quote del fondo scelto.

Nel caso in cui le coperture complementari vengano attivate in data successiva a quella del contratto principale, la Società preleverà dalla disponibilità in quote del fondo di investimento un rateo di premio corrispondente al periodo che intercorre tra l'attivazione delle coperture e la prima ricorrenza annuale successiva del contratto principale.

I premi delle coperture complementari relativi alle successive semestralità vengono prelevati automaticamente dalla disponibilità in quote del fondo scelto. Il numero di quote da disinvestire è calcolato sulla base del valore unitario delle quote riferito al terzo giorno di borsa aperta precedente la scadenza della relativa semestralità.

Le coperture assicurative sono sospese nel caso in cui il controvalore delle quote possedute del fondo scelto in riferimento al contratto principale non sia sufficientemente capiente per il pagamento del relativo premio. Nel periodo di sospensione delle coperture, se si verifica il Sinistro, la Società non liquida alcun importo relativo alla copertura complementare e i premi già versati restano acquisiti dalla Società stessa. In tal caso la Società provvede ad informare tempestivamente il Contraente, che è tenuto ad effettuare il pagamento del premio entro e non oltre i 30 giorni successivi alla data di ricezione della comunicazione. Decorso tale termine, senza che il Contraente abbia pagato il premio, la copertura sarà disattivata. Il Contraente può tuttavia riattivare la copertura entro il termine di un anno dall'ultima ricorrenza annuale, contro pagamento del premio con gli accessori di legge fatta salva la facoltà della Società di richiedere eventuali accertamenti sanitari.

I premi possono essere pagati in base alle seguenti modalità:

- Assegno bancario o circolare non trasferibile, emesso dal Contraente e intestato alla Società.
- Bonifico bancario dal conto corrente intrattenuto dal Contraente presso Deutsche Bank.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili.

C. Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Copertura complementare	Caricamento sul premio
1) Caso morte	5%
2) Infortuni	0%
3) Malattie Gravi	11%
4) Invalidità totale e permanente	0%
5) Long Term care	0%

6.1.2. Costi per riscatto

Il contratto non prevede diritto di riscatto.

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

7. Sconti

Il prodotto non prevede sconti.

8. Regime fiscale

Per tutte le coperture complementari, il capitale corrisposto in caso di Sinistro non è soggetto ad alcuna tassazione. I premi versati per la copertura infortuni sono soggetti ad una imposta del 2,5%. I premi versati per le coperture caso morte, malattie gravi, invalidità totale e permanente, long term care non sono soggetti a imposta. I premi corrisposti per il pagamento di assicurazioni sulla vita danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Il premio di rischio detraibile è evidenziato nel documento di Polizza, nelle quietanze di pagamento premi e nelle eventuali appendici relative ai premi.

D. Altre informazioni sul contratto

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'articolo "Decorrenza degli effetti delle coperture", Sezione I delle Condizioni contrattuali comuni a tutte le coperture, la modalità di perfezionamento e decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Le coperture complementari si sciolgono:

- a seguito di richiesta di disattivazione, mediante comunicazione scritta alla Società da inviare tramite raccomandata A.R. almeno un mese prima della ricorrenza annua del contratto principale;
- a seguito di Sinistro;

- a seguito di esercizio del diritto di riscatto del contratto principale;
- a seguito di richiesta di conversione del controvalore delle quote in una delle forme di rendita previste dal contratto principale;
- a seguito di estinzione del contratto principale;
- alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni, per le coperture complementari caso morte e infortuni; alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 65 anni, per le coperture complementari malattie gravi e invalidità totale e permanente da infortunio e malattia; alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni, a condizione che la copertura sia stata sottoscritta prima del compimento dei 65 anni, per la copertura complementare long term care a premio annuo. La copertura long term care a vita intera non può essere disattivata e resta quindi attiva sino alla data del decesso dell'Assicurato;
- a seguito di insufficiente capienza del fondo interno per il pagamento del premio di una o più coperture assicurative, nel caso in cui il Contraente non abbia proceduto alla riattivazione delle coperture medesime.

In tale ultimo caso la Società provvede ad informare tempestivamente il Contraente che è tenuto ad effettuare il pagamento del premio entro e non oltre i 30 giorni successivi alla data di ricezione della comunicazione della Società.

Decorso tale termine senza che il Contraente abbia pagato il premio, la copertura sarà disattivata.

Il Contraente può tuttavia riattivare la copertura entro il termine di un anno dall'ultima ricorrenza annuale, contro pagamento del premio con gli accessori di legge, fatta salva la facoltà della Società di richiedere eventuali accertamenti sanitari.

11. Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede la possibilità di chiedere il riscatto o la riduzione delle prestazioni.

12. Revoca della Proposta

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato il Contraente può revocare la Proposta inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Life and Pensions S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life Benefits, Claims & After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della Proposta.

13. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto inviando entro 30 giorni dalla data di conclusione una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Life and Pensions S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life Benefits, Claims & After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano.

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e dietro consegna dell'originale di Polizza e delle eventuali appendici, la Società provvederà a restituire il premio corrisposto, al

netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni da effettuarsi da parte della Società dovrà essere preventivamente consegnata tutta la documentazione prevista nell'Allegato A delle Condizioni contrattuali.

La Società effettuerà il pagamento entro 30 giorni dalla consegna di tutta la documentazione richiesta.

La Società, per particolari esigenze istruttorie, potrà richiedere la produzione di ulteriore documentazione, che verrà di volta in volta immediatamente specificata. Per conoscere i termini di pagamento delle prestazioni si rimanda alle condizioni contrattuali delle singole coperture complementari.

Ai sensi dell'art.2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Le somme dovute, devono essere tassativamente richieste alla Società entro 10 anni dalla data dell'evento in caso di Sinistro. Le somme non richieste entro 10 anni non potranno più essere liquidate ai richiedenti, ma dovranno essere dalla Società, comunicati e devoluti al Fondo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art.1 c. 343 Legge 23.12.2005 n. 266.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

16. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Società, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Società

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: **Zurich Life and Pensions S.p.A. - Servizio Clienti "Ufficio Gestione reclami"**
- Via Benigno Crespi n. 23, 20159 Milano - Fax numero:

022662.2243 - E-mail: reclami@zurich.it.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Società, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro scritto entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- All'IVASS

Vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Società o in caso di assenza di riscontro da parte della Società nel termine di 45 giorni.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.V.A.S.S. - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax numero: 06/42.133.745/353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

18. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare al Contraente o all'Assicurato le variazioni intervenute ad essa afferenti e ogni altra variazione relativa al contratto. La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

Ai sensi dell'art. 1926 c.c. in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto deve essere data tempestiva comunicazione alla Società.

20. Conflitto di interessi

Ad oggi 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.

Zurich Life and Pensions S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

*Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco*



I dati e le informazioni contenute nella presente Nota informativa sono aggiornati al 1° giugno 2014.

Programma di Protezione Totale

Condizioni contrattuali comuni a tutte le coperture complementari

Programma di coperture complementari abbinabili ai contratti di assicurazione sulla vita di tipo unit-linked

Premessa

Il presente contratto è disciplinato:

- dalle condizioni contrattuali, di seguito riportate;
- dalle eventuali appendici di contratto emesse dalla Società;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato dai documenti sopra elencati.

Sezione I

Norme comuni a tutte le coperture complementari

In questa sezione vengono riportate le condizioni di assicurazione comuni a tutte le coperture complementari.

Articolo 1

Attivazione delle coperture complementari

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta dei prodotti assicurativi della Società che prevedono la possibilità di abbinamento delle coperture del Programma di Protezione Totale (di seguito il contratto principale), oppure in un momento successivo, può chiedere l'attivazione di una o più delle seguenti coperture complementari: caso morte; infortuni caso morte; malattie gravi; invalidità totale e permanente in caso di infortunio e malattia. La copertura assicurativa long term care può essere attivata:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta dell'assicurazione principale o in un momento successivo del rapporto contrattuale, a condizione che l'Assicurato non abbia un'età superiore a 65 anni; in questo caso la copertura è annuale.
- b) nel mese precedente la scadenza dell'assicurazione principale. In questo caso la copertura è a vita intera. Se l'Assicurato ha un'età superiore a 65 anni, questa modalità di attivazione può essere utilizzata solo nel caso in cui il Contraente abbia precedentemente sottoscritto la copertura long term care a premio annuo.

La copertura complementare infortuni caso morte potrà essere attivata:

- contemporaneamente alla copertura caso morte; oppure
- successivamente alla copertura caso morte, a condizione che quest'ultima sia in vigore.

Inoltre tale copertura potrà essere attivata esclusivamente al-

la decorrenza del contratto principale o alla ricorrenza annua del contratto principale.

Articolo 2

Disattivazione delle coperture

Tutte le coperture complementari possono essere disattivate dal Contraente con una richiesta scritta inviata alla Società almeno un mese prima della ricorrenza annuale della Polizza. La copertura complementare long term care a vita intera non può essere disattivata e resta quindi attiva sino alla data del decesso dell'Assicurato.

Articolo 3

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione coperture assicurative

Decorrenza degli effetti delle coperture

Gli effetti delle coperture assicurative complementari attivate contemporaneamente all'assicurazione principale entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza. Gli effetti delle coperture assicurative complementari attivate successivamente all'assicurazione principale entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nell'appendice di Polizza quale data di decorrenza. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente riceve, e quindi ne ha conoscenza, la comunicazione scritta di accettazione della Proposta da parte della Società, a condizione che il Contraente abbia sottoscritto il modulo di Proposta di assicurazione, completo di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, insieme all'Assicurato, se persona diversa. Gli effetti delle coperture complementari attivate contemporaneamente al contratto principale entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza quale data di decorrenza.

Articolo 4

Durata e scadenza delle coperture

La durata delle coperture complementari e della copertura long term care a premio annuo è pari al periodo intercorrente tra la decorrenza della copertura complementare e la scadenza dell'assicurazione principale.

La scadenza delle coperture complementari e della copertura long term care a premio annuo, in qualunque momento attivate, coincide con quella dell'assicurazione principale, ad eccezione di quanto indicato al punto b) dell'articolo 1.

La copertura long term care a vita intera si risolve con il decesso dell'Assicurato.

Articolo 5

Premio

Il premio relativo alla prima semestralità delle coperture complementari e della copertura long term care a premio annuo, qualora vengano attivate contemporaneamente all'assicurazione principale, viene prelevato dal versamento effettuato dal Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta e prima dell'acquisizione delle quote del fondo di investimento scelto. Nel caso in cui le coperture complementari vengano attivate in data successiva a quella dell'assicurazione principale, la Società preleverà dalla disponibilità in quote del fondo di investimento un rateo di premio corrispondente al periodo che intercorre tra l'attivazione delle coperture e la prima ricorrenza annuale successiva dell'assicurazione principale.

I premi delle coperture complementari relativi alle successive semestralità vengono prelevati automaticamente dalla disponibilità in quote del fondo di investimento scelto. Il numero di quote da disinvestire è calcolato utilizzando il valore unitario delle quote riferito al terzo giorno di borsa aperta precedente la scadenza della relativa semestralità. La Società, nell'ambito della rendicontazione periodica riferita all'assicurazione principale, comunicherà al Contraente l'importo del premio prelevato semestralmente per le coperture complementari. Nel caso in cui l'andamento del portafoglio costituito dalle coperture complementari emesse alle medesime condizioni si discosti da quello previsto dalle basi statistiche utilizzate per il calcolo del premio, l'Impresa si riserva la facoltà di rivedere dalla ricorrenza successiva il premio delle coperture complementari. Nel caso in cui vi siano modifiche tariffarie relative alle coperture complementari, l'Impresa si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente.

Relativamente alla garanzia complementare malattie gravi, in caso di variazioni avverse della sinistrosità rilevate sul proprio portafoglio e su dati statistici aggregati a livello nazionale o internazionale, la Società si riserva la facoltà di poter rivedere i tassi di premio, dandone adeguata comunicazione ai Contraenti.

In caso di revisione dei tassi di premio, i nuovi tassi verranno applicati, in funzione del sesso e dell'età raggiunta dall'Assicurato, alla ricorrenza anniversaria immediatamente successiva alla data di revisione.

In ogni caso, la Società garantisce comunque che tra una revisione e l'altra intercorrano almeno 10 anni.

Articolo 6

Sospensione ed estinzione delle coperture

Le coperture assicurative sono sospese nel caso in cui le quote del fondo di investimento siano insufficienti a coprire il pagamento del premio. In tal caso la Società provvede ad informare tempestivamente il Contraente, che è tenuto ad effettuare il pagamento del premio entro e non oltre i 30 giorni successivi alla data di ricezione della comunicazione della Società. Decorso tale termine, senza che il Contraente abbia pagato il premio, la copertura sarà disattivata. Il Contraente può tuttavia riattivare la copertura entro il termine di un anno dall'ultima ricorrenza annuale, contro pagamento del premio con gli accessori di legge fatta salva la facoltà della Società di richiedere eventuali accertamenti sanitari.

Le coperture assicurative si estinguono in ogni caso:

- se il Contraente esercita il diritto di riscatto del contratto principale;
- se il Contraente richiede la conversione del valore delle quote in una rendita vitalizia;
- in caso di estinzione del contratto principale;
- alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni per la copertura caso di morte, per le coperture complementari infortuni caso di morte; alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 65 anni per le coperture complementari malattie gravi e invalidità totale e permanente da infortunio e malattia; per la copertura complementare long term care a premio annuo, alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni,

a condizione che la copertura sia stata sottoscritta prima del compimento dei 65 anni.

Articolo 7

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non previsto dalle condizioni di assicurazione varranno le norme di legge.

Sezione II

Condizioni di assicurazione della copertura complementare caso morte

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Con questa garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, la Società corrisponderà ai beneficiari, o agli aventi diritto, un importo pari al capitale assicurato per il caso di morte.

Articolo 2

Importo del capitale assicurato

L'importo del capitale assicurato per il caso morte è scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta e può essere aumentato ad ogni ricorrenza annuale. In ogni caso l'importo del capitale assicurato non potrà essere inferiore a euro 25.000.

Articolo 3

Condizione di non fumatore dell'Assicurato

(i) Condizione di non fumatore dell'Assicurato.

Lo stato di non fumatore dell'Assicurato è dichiarato dall'Assicurato medesimo prima della conclusione del contratto di assicurazione e determina i parametri di computo del costo della copertura assicurativa per il caso di morte. Si definisce non fumatore ai fini della presente Polizza colui che non ha mai fumato sigarette o sigari o pipa o altro, o al momento della stipulazione della presente Polizza ha smesso di fumare da almeno 36 mesi.

(ii) Dichiarazioni rese dall'Assicurato in merito alla propria condizione di non fumatore.

Nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti in merito alla propria condizione di fumatore, la Società può recedere dal contratto comunicando tale sua decisione al Contraente entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Tuttavia, se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'indennizzo dovuto è ridotto in proporzione della differenza tra il costo della copertura assicurativa convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

(iii) Modifica della condizione dell'Assicurato in corso di contratto.

a) Assicurato non fumatore che inizi o riprenda a fumare

Qualora nel corso della durata del presente contratto di

assicurazione l'Assicurato inizi o riprenda a fumare, anche sporadicamente, sigarette o sigari o pipa o altro, l'Assicurato è tenuto a darne tempestiva comunicazione per iscritto alla Società. A seguito di tale comunicazione, la Società rideterminerà l'ammontare del costo della copertura assicurativa, al fine di considerare il relativo aggravio del rischio. Il nuovo ammontare così determinato, che il Contraente accetta sin d'ora, sarà dovuto dall'anniversario della data di decorrenza del contratto successivo alla data di ricezione della medesima comunicazione. Nel caso in cui l'Assicurato ometta di comunicare tempestivamente alla Società che l'Assicurato ha iniziato o ripreso a fumare, si applicheranno le disposizioni di cui al punto (ii) che precede.

Articolo 4

Esclusioni e Limitazioni

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 seguenti attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione del contratto o successivamente; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, vela, sport da combattimento;
- 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 abuso di farmaci, o stati di alcolismo acuto e cronico.

Si richiama l'attenzione del Contraente sull'obbligo di comunicare per iscritto alla Società, in base alle disposizioni di cui all'art. 1926 del Codice Civile, le modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto. Il rischio di morte è inoltre escluso dalla copertura, nei casi previsti dai seguenti punti A) e B), qualora essi siano espressamente richiamati in Polizza:

A) Limitazioni della garanzia – Condizioni di Carenza per assicurazioni senza visita medica

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di Carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di Carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospecificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

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

La durata del periodo di Carenza è pari a 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di Carenza viene esteso a 5 anni ed il capitale non verrà pagato.

B) Assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV

Per volontà dell'Assicurato, la presente copertura viene assunta senza che siano stati eseguiti gli esami clinici necessari per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o di sieropositività, richiesti da Zurich Life and Pensions. Pertanto a parziale deroga delle condizioni di assicurazione, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'entrata in vigore della presente copertura ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato per il caso di morte non sarà pagato.

Articolo 5

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni di assicurazione del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione II, si applicano le norme comuni della sezione I, Programma di Protezione Totale, nonché le condizioni dell'assicurazione principale. Non si applicano in ogni caso gli articoli del riscatto e del rimborso parziale di quote del contratto principale.

Sezione III

Condizioni di assicurazione della copertura complementare infortuni

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

La copertura complementare infortuni garantisce la corresponsione ai beneficiari, o agli aventi diritto, di un capitale per il caso di infortunio dell'Assicurato, avvenuto prima dell'estinzione della copertura che abbia come conseguenza la morte dello stesso, sempre che il decesso si verifichi entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto. La copertura complementare infortuni per il caso di morte potrà essere attivata:

- contemporaneamente alla copertura assicurativa caso morte; oppure
- successivamente alla copertura assicurativa per il caso di morte, a condizione che quest'ultima sia in vigore.

Inoltre tale copertura potrà essere attivata esclusivamente alla decorrenza del contratto principale o alla ricorrenza annua del contratto principale.

Articolo 2

Definizione di infortunio

Ai fini della presente copertura, 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. Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art. 4, lettera che segue;
- c) i morsi di animali, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini delle presenti condizioni;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e le altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;

- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato non abbia preso parte.

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

L'importo del capitale assicurato per infortunio è pari al capitale previsto dalla copertura per il caso dimorte. Tale capitale non potrà essere superiore al massimale indicato in Proposta. Il capitale suddetto verrà raddoppiato qualora il decesso si verifichi a seguito di un infortunio:

- derivante all'Assicurato mentre si trova alla guida di veicoli e natanti, ed in possesso di regolare abilitazione a norma di disposizioni vigenti;
- derivante all'Assicurato come passeggero, pedone, bagnante da qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto - terrestre, marittimo, lacustre, fluviale;
- derivante all'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile, purché egli non sia membro dell'equipaggio e l'aeromobile sia autorizzato al volo e il pilota sia titolare di brevetto idoneo.

Articolo 4

Cause di sospensione ed esclusione della copertura

La presente copertura è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva o in caso di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale. La copertura riprende non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono in ogni caso esclusi dalla presente copertura:

- a) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli e 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; gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- b) gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi dalla precedente lettera b);
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- d) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- e) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- f) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

- g) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato

La Società pagherà il capitale assicurato dalla presente copertura a condizione che l'infortunio le venga notificato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, con la quale si indichi l'effettivo momento in cui gli aventi diritto sono venuti a conoscenza del decesso dell'Assicurato. La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio, nonché quanto altro disponibile a comprovare che la morte è conseguente ad infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini e autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero necessarie.

Articolo 6

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni di assicurazione del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione III si applicano le norme comuni della sezione I delle presenti condizioni di assicurazione, nonché le condizioni dei relativi contratti principali.

Sezione IV

Condizioni di assicurazione della copertura complementare malattie gravi

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

La copertura complementare malattie gravi garantisce all'Assicurato il pagamento di un capitale qualora, durante il rapporto contrattuale e prima dell'estinzione della copertura, venga colpito da una delle malattie gravi indicate al successivo art. 2, a patto che a seguito della stessa malattia grave si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%. Dopo la liquidazione del capitale la copertura si estingue. Quindi, in ogni caso, il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta.

Articolo 2

Condizioni di assicurazione della copertura complementare malattie gravi

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Definizione di malattia grave

Ai fini della presente copertura complementare sono considerate malattie gravi le seguenti patologie:

- a) **Ictus.** Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca conseguenze neurologiche permanenti e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista e trovare riscontro nei sintomi clinici tipici come i risultati di una TAC cerebrale (Tomografia Assiale Computerizzata) e di una MRT (Risonanza Magnetica Nucleare) cerebrale. Deve esservi prova docu-

mentata di deficit neurologico pari ad almeno 3 mesi a partire dalla data della diagnosi.

Sono esclusi:

- l'ischemia transitoria (TIA);
- le lesioni cerebrali traumatiche;
- i sintomi neurologici secondari conseguenti da emicrania;
- l'infarto lacunare senza deficit neurologico.

- b) **Cancro.** Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllabile e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. La diagnosi deve essere provata con esame istologico. Si intendono coperti anche la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hoodgkin.

Dalla garanzia sono esclusi:

- la neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN);
- qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno;
- ogni cancro non invasivo (cancro in situ)
- il cancro alla prostata allo stadio 1 (T1a,1b,1c)
- il carcinoma basocellulare e il carcinoma a cellule squamose
- ogni tumore maligno in presenza HIV.

- c) **Infarto miocardico.** Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi dovrà essere confermata da una visita specialistica o la patologia dovrà essere valutata sulla base dei seguenti fattori che ai fini della liquidazione della prestazione assicurata dovranno essere tutti presenti:

- a) storia clinica del tipico dolore cardiaco;
- b) alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
- c) alterazione degli enzimi cardiaci, Troponina o altri markers biochimici.

Sono esclusi dalla garanzia:

- infarto miocardico senza alivellamento del tratto ST (NSTEMI) con solo aumento della Troponina I o T;
- le altre sindromi coronariche acute (ad esempio l'angina pectoris sia stabile che instabile);
- l'infarto silente del miocardio.

- d) **Patologia coronariche che richiede intervento chirurgico.** Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La necessità dell'intervento deve essere provata mediante esame coronografico e la sua realizzazione confermata da uno specialista

Vengono invece escluse:

- l'angioplastica;
- tutte le procedure terapeutiche intra-arteriali;
- intervento mediante la tecnica del key-hole (chirurgia del buco della serratura).

- e) **Insufficienza renale.** Malattia renale terminale che si presenta come perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'Assicurato sottoposto regolarmente a dialisi (peritoneale o emodialisi) o già sottoposto a trapianto renale. La diagnosi deve essere confermata da parte di uno specialista.

- f) **Trapianto di organi principali.** L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, intestino tenue, rene o midollo osseo. La realizzazione del trapianto deve essere confermata da uno specialista.

- g) **Cecità.** Perdita totale permanente ed irreversibile della vi-

sta di entrambi gli occhi come conseguenza di malattia o infortunio. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista (preferibilmente da un oftalmologo) e provata dai risultati di specifici test.

h) **Sclerosi multipla.** Diagnosi inequivocabile di sclerosi multipla fatta da uno specialista (preferibilmente da un neurologo). La malattia deve essere evidenziata da sintomi tipici di demielizzazione e perdita di funzioni motorie e sensoriali con riscontro della diagnosi ottenuto a mezzo risonanza magnetica di immagini (MRI). Come prova della diagnosi, l'Assicurato deve aver avuto o manifestazioni di anomalie neurologiche continue per un periodo di almeno sei mesi o manifestazione di almeno due episodi clinicamente documentati separati da almeno un mese o manifestazione di almeno un episodio clinicamente documentato insieme a ritrovamenti caratteristici nel fluido cerebrospinale oltre a specifiche lesioni cerebrali (MRI).

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta, ha la facoltà di scegliere l'importo del capitale assicurato, per un importo non inferiore a euro 25.000. Il Contraente può modificare il suddetto importo ad ogni ricorrenza annuale.

Articolo 4

Insorgenza della malattia

La malattia grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi in particolare alla data indicata nella documentazione medica fornita al momento della denuncia.

Articolo 5

Periodo di qualificazione e decesso dell'Assicurato

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da una malattia grave ai sensi dell'art. 1 della presente copertura, verrà corrisposto se l'Assicurato sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di 1 mese.

Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia così come stabilito all'art. 4.

Nel caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di qualificazione il capitale assicurato dalla presente copertura malattie gravi non verrà corrisposto. In tal caso la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto il capitale assicurato della complementare infortuni per il caso di morte di cui all'art.1, Sezione III delle presenti condizioni di assicurazione, sempre che sia attiva alla data del decesso tale copertura e il decesso avvenga a seguito di infortunio secondo quanto previsto all'art 2 della Sezione III. Trascorso il periodo di qualificazione, qualora l'Assicurato sia stato colpito da una malattia grave e nel caso si verifichi il decesso, la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente copertura complementare malattie gravi.

Articolo 6

Esclusioni

È escluso dalla presente copertura complementare la malattia grave che sia stata causata da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato ivi compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento;
- 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 regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipula del contratto;
- danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Proposta o successivamente.

Articolo 7

Carenza

Qualora una delle malattie gravi indicate al precedente art. 2 insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura e l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica, il capitale assicurato malattie gravi non verrà corrisposto. In tal caso Zurich Life and Pensions rimborserà un importo pari al premio prelevato per la copertura complementare malattie gravi e disattiverà la copertura stessa.

Articolo 8

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza di malattia grave

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate al precedente art. 2, il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece debbono darne prontamente avviso alla Società, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando un certificato medico e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

(Vedi allegato A alle condizioni di assicurazione). Il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece devono:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento della malattia grave;
- fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento;
- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

Articolo 9

Accertamento dell'indennizzabilità della malattia e liquidazione delle prestazioni

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità della malattia grave e renderà nota la propria decisione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. La Società, una volta accertata l'indennizzabilità della malattia insorta, provvederà a liquidare il capitale Assicurato per la malattia grave entro i successivi 30 giorni.

Articolo 10

Decesso anteriore all'indennizzabilità della malattia

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa e qualora sia dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia equivale all'avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità della malattia grave sempre che sia trascorso il periodo di qualificazione di cui all'art. 5 della presente sezione. In tal caso la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente copertura complementare malattie gravi. Qualora il decesso dell'Assicurato sia intervenuto prima dell'accertamento dell'indennizzabilità e sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, il capitale assicurato dalla presente copertura malattie gravi non verrà corrisposto.

Articolo 11

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni di assicurazione del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione IV si applicano le norme comuni della sezione I del Programma di Protezione Totale, e le condizioni di assicurazione del contratto principale.

Sezione V

Condizioni di assicurazione della copertura complementare invalidità totale e permanente da infortunio e malattia

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Qualora l'Assicurato venga colpito da invalidità totale e permanente durante il rapporto contrattuale e prima dell'estinzione della copertura, la Società garantisce il pagamento all'Assicurato di un capitale.

Articolo 2

Definizione di invalidità

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e purché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad

infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/6/65 n. 1124.

Articolo 3

Importo del capitale assicurato

Al momento della sottoscrizione della Proposta il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato purché non inferiore a euro 25.000. Almeno un mese prima della ricorrenza annuale, il Contraente può chiedere l'aumento del capitale assicurato. In ogni caso l'accettazione della richiesta di aumento può essere subordinata ad accertamenti sanitari.

Articolo 4

Esclusioni

La presente copertura complementare non garantisce i casi di invalidità totale e permanente dell'Assicurato che siano conseguenti a:

- esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- malattie preesistenti alla stipulazione del contratto;
- malattie mentali;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool;
- 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 di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento;
- infortuni derivanti dalla guida di veicoli e 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; gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Proposta o successivamente.
- infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
- raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
- altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi sopraelencati;
- regate veliche o raduni cicloturistici;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad

atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;

- infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Non sono assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal questionario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol-stupefacenti-farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi.

Articolo 5

Carenza

Qualora lo stato di invalidità totale e permanente causato da malattia, così come definito all'art. 2, insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della copertura e l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica, il capitale assicurato non verrà corrisposto. In tal caso la Società rimborserà un importo pari al premio prelevato per la copertura invalidità totale e permanente. Inoltre se lo stato di invalidità totale e permanente insorge entro i primi sette anni dalla data di decorrenza degli effetti della copertura ed è dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata, il capitale assicurato non verrà corrisposto se l'Assicurato non si è sottoposto a test HIV. Le limitazioni di cui ai punti precedenti non si applicano qualora lo stato di invalidità totale e permanente, così come definito all'art. 2, sia conseguenza di infortunio dovuto a causa fortuita, improvvisa e violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Articolo 6

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza dello stato di invalidità

Nel caso in cui si verifichi lo stato di invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece debbono darne prontamente avviso alla Società, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, accludendo altresì un dettagliato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che hanno causato l'invalidità (vedi allegato A alle condizioni di assicurazione). Il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece devono:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno causato l'invalidità;
- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

Articolo 7

Accertamento dello stato di invalidità e liquidazione delle prestazioni

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare lo stato di invalidità; quindi renderà nota all'Assicurato la propria decisione entro il termine massimo di 180 gg. dall'invio della lettera raccomandata da parte del Contraente o dell'Assicurato o altra persona in loro vece, impressa

su timbro postale, salvo il maggior termine eventualmente necessario per stabilire la gravità dell'invalidità permanente stessa. La Società, una volta accertato lo stato di invalidità dell'Assicurato, provvederà a corrispondere entro il termine massimo di 30 gg., se ed in quanto dovuto il capitale assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, il capitale assicurato dalla presente copertura non verrà corrisposto.

Articolo 8

Controversie e collegio arbitrale

In caso di controversie sulla misura dell'indennizzabilità o al grado di invalidità permanente di cui all'art. 2, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Articolo 9

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni di assicurazione del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione V, si applicano le norme comuni della sezione I del Programma di Protezione Totale, e le condizioni di assicurazione del contratto principale.

Sezione VI

Condizioni della copertura complementare long term care

(Operante solo se espressamente richiamata in Polizza)

Articolo 1

Oggetto della copertura

Con la presente copertura, la Società garantisce il pagamento di una rendita annuale con rateazione mensile qualora, durante il rapporto contrattuale, venga accertato che l'Assicurato versi in uno stato di non autosufficienza dovuto a infortunio, malattie fisiche e/o mentali, a vecchiaia.

In aggiunta alla rendita, e solo in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza, viene pagato un capitale pari all'importo della rendita annuale.

Articolo 2

Oggetto della copertura

Definizione di stato di non autosufficienza

Per stato di non autosufficienza si intende lo stato dell'Assicurato che risulti incapace di svolgere, in modo presumibil-

mente permanente, almeno quattro delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo.
- **Vestirsi:** capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici.
- **Alimentarsi:** capacità di ingerire, senza aiuto, il cibo preparato da altri.
- **Andare in bagno:** capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- **Mobilità:** capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano.
- **Spostarsi:** capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

L'incapacità ad effettuare una delle attività elementari della vita quotidiana si verifica quando l'Assicurato è incapace di effettuare quella funzione anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e necessita della continua assistenza fisica da parte di una terza persona per lo svolgimento dell'intera attività. Si definisce altresì stato di non autosufficienza lo stato dell'Assicurato a cui è stata diagnosticata la malattia di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che causano in modo irreversibile la perdita delle capacità cognitive. La perdita delle capacità cognitive è l'incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa incapacità deriva da un problema mentale o del sistema nervoso riconducibile ad una causa organica e si manifesta con l'incapacità di badare a se stessi, senza la supervisione continua da parte di un'altra persona.

Articolo 3

Importo della prestazione assicurata

Al momento della sottoscrizione della copertura complementare, il Contraente può scegliere l'importo della rendita annuale assicurata, che in ogni caso non potrà essere superiore al massimale indicato in Proposta. Sulla base dell'importo della rendita assicurata, verrà quindi calcolato il capitale da erogare in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza.

Articolo 4

Esclusioni

Le prestazioni garantite dalla Polizza non saranno pagate in caso di:

- dolo del Contraente e/o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad 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 di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento;
- 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;

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, se sottaciuti alla Compagnia e non evidenziati nel questionario anamnestico;
- tentativo di suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica, per esempio schizofrenia o depressione;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a sport aerei o motoristici;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a sport svolti a livello agonistico;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Proposta o successivamente.

Articolo 5

Carenza

La Società non è tenuta ad alcuna prestazione nel caso in cui:

- a) per effetto della perdita delle capacità cognitive, lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 12 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura;
- b) per effetto di tutti gli altri casi, lo stato di non autosufficienza sia insorto nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura.

In tal caso la Società rimborserà un importo pari al premio prelevato per la copertura complementare long term care e disattiverà la copertura stessa. In ogni caso, l'erogazione del capitale pari all'importo della rendita annua assicurata non è dovuta se lo stato di non autosufficienza insorge nei primi tre anni dalla data di decorrenza degli effetti della presente copertura.

Articolo 6

Obblighi di denuncia in caso di insorgenza dello stato di non autosufficienza

Nel caso in cui si determini la presunzione dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece devono darne prontamente avviso alla Società, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando un certificato medico e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi (vedi allegato A alle condizioni di assicurazione). Il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece devono:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di non autosufficienza;

- fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere per l'accertamento;
- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

Articolo 7

Accertamento dell'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza e liquidazione delle prestazioni

La Società provvede a richiedere o a disporre tutti gli accertamenti medico legali necessari per verificare l'esistenza e l'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza, riservandosi inoltre di chiedere al Contraente o all'Assicurato, qualora ciò sia richiesto dalla situazione, ulteriori documenti sanitari necessari a comprovare la non autosufficienza. Il pagamento del capitale iniziale, pari all'importo della rendita annuale, avverrà solo dopo che sia stato accertato il diritto alla prestazione e trascorsi 90 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Pagato il capitale, la rendita verrà erogata con rateazione mensile e in modo posticipato. In caso di decesso dell'Assicurato prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità dello stato di non autosufficienza, la prestazione assicurata dalla presente copertura non verrà corrisposta.

Articolo 8

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva di sottoporre, non più di una volta l'anno, l'Assicurato non autosufficiente alle visite e agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato e a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso. Qualora, a seguito degli accertamenti medico legali, venga accertato il recupero dell'autosufficienza, la Società comunicherà all'Assicurato e al Contraente la sospensione del pagamento della rendita. La liquidazione della

rendita verrà ripresa qualora l'Assicurato diventi nuovamente non autosufficiente. Nel caso di ripresa dello stato di non autosufficienza, non verrà comunque erogata la prestazione sotto forma di capitale.

Articolo 9

Controversie e collegio arbitrale

In caso di controversie sullo stato di non autosufficienza di cui all'art. 2, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Articolo 10

Richiamo alle norme comuni della sezione I e alle condizioni di assicurazione del contratto principale

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato negli articoli della presente sezione VI, si applicano le norme comuni della sezione I del Programma di Protezione Totale, nonché le condizioni di assicurazione del contratto principale. Non si applicano in ogni caso gli articoli del riscatto e del rimborso parziale di quote delle condizioni di assicurazione del contratto principale.

*Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco*



Informativa ex art. 13 D.Lgs n. 196/2003

Codice in materia di trattamento dei dati personali

Gentile Cliente,

La nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei Suoi dati personali al fine di poterLe fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" - (in prosieguo, il "**Codice**") forniamo pertanto qui di seguito l'informativa relativa al trattamento dei Suoi dati personali.

1. Finalità assicurative e contrattuali

I Suoi dati personali - anche sensibili¹ - saranno trattati dalla nostra Società al fine di fornirLe i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti anche con riguardo ad eventuali convenzioni a cui Lei abbia aderito o intenda aderire, nonché per ogni altra finalità connessa ad obblighi di legge, regolamenti, normativa comunitaria e per finalità strettamente connesse alle attività assicurative fornite dalla Società².

Il conferimento dei dati personali per tale finalità è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di rispondere comporterà l'impossibilità per la nostra Società di fornirLe i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi di cui sopra.

2. Ulteriori finalità: marketing, invio di comunicazioni commerciali, ricerche di mercato e rilevazioni statistiche

Con il Suo consenso espresso, libero e facoltativo, i Suoi dati personali potranno altresì essere trattati dalla nostra Società, (i) per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta di prodotti o servizi offerti direttamente dalla nostra Società o da soggetti terzi.

(ii) per condurre ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti e per effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i nostri prodotti e servizi.

(iii) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri o offerti da soggetti terzi.

Il conferimento di tali dati personali ed il consenso al loro trattamento per tali finalità è libero e facoltativo ed un eventuale rifiuto non pregiudicherà in alcun modo la possibilità di fornirLe i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti e/o previsti.

3. Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso strumenti informatici e/o elettronici, sia su supporto cartaceo e, comunque, mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza attraverso l'adozione delle misure di sicurezza prescritte dal Codice.

Nella nostra Società i dati personali sono trattati tramite dipendenti e collaboratori nominati "incaricati" e "responsabili" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali. Potrà ottenere un elenco completo dei responsabili del trattamento nominati dal Titolare del Trattamento contattando direttamente il nostro Servizio Clienti.

4. Titolare del Trattamento

Il Titolare del Trattamento è il soggetto intestatario del contratto di assicurazione.

5. Ambito di comunicazione e diffusione

5.1 Con riferimento alla finalità di trattamento assicurative di cui al precedente paragrafo 1, i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle categorie di soggetti indicate in nota, i quali potranno agire, a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento³.

5.2 Con riferimento alla finalità di trattamento di cui al precedente paragrafo 2, con il Suo consenso espresso, libero e facoltativo, alcuni dei Suoi dati personali potranno essere comunicati alle categorie di soggetti terzi indicati in nota⁴.

5.3 I Suoi dati personali non saranno in nessun caso diffusi.

5.4 I suoi dati potrebbero essere trasferiti all'estero altresì in stati extra europei.

6. I Suoi diritti (art. 7 del Codice)

Ai sensi dell'art. 7 del Codice, Lei ha il diritto di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Lei ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento, nonché ad ogni trattamento per finalità commerciali e di marketing. Per esercitare i Suoi diritti la preghiamo di indirizzare la propria richiesta alla Società intestataria del contratto al seguente indirizzo: Via Benigno Crespi, 23, 20159 – Milano; oppure via Fax al numero 02.2662.2773 ovvero via E-mail al seguente indirizzo: privacy@it.zurich.com.

¹ L'art. 4 del dlgs. 196/2003 considera sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche o sindacali e alle convinzioni religiose.

² Nella finalità assicurativa sono contemplati, ad esempio, i seguenti trattamenti: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

³ (i) Assicuratori, coassicuratori (ii) agenti di assicurazione, mediatori di assicurazione (iii) banche, Società di intermediazione mobiliare (SIM), intermediari finanziari; (iv) altri soggetti inerenti allo specifico rapporto, tra cui, a titolo esemplificativo, soggetti terzi che abbiano stipulato delle convenzioni con la Società (v) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (vi) legali; periti; medici; centri medici, (vii) società di servizi, fornitori, outsourcers (viii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (ix) società di recupero crediti; (x) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Autorità di Vigilanza competenti; (xi) Magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche.

⁴ Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd., fornitori di servizi, consulenti.

Programma di Protezione Totale

Glossario

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 assicurato.

Carenza

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

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.

Contratto di puro rischio

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

Dichiarazioni del Contraente/Assicurato (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 intenzionale o gravemente negligente.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

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

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società di assicurazione deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della Polizza.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

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.

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.

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.

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".

*Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco*



I dati e le informazioni contenute nel presente Glossario sono aggiornati al 1° giugno 2014.

Allegato A

Documentazione da allegare alle richieste di pagamento inviate a Zurich Life and Pensions S.p.A.

Il presente allegato costituisce parte integrante delle condizioni di assicurazione delle coperture complementari del Programma di Protezione Totale.

Per agevolare l'invio delle richieste, sono disponibili e possono essere richiesti i fac-simile di domanda:

- Zurich Life and Pensions S.p.A. - Operations Vita - Ufficio Post vendita e Liquidazioni - Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Italia;
- sul sito internet della Società www.zurichlifeandpensions.it;
- presso la rete dei promotori finanziari Finanza & Futuro Banca S.p.A..

L'elenco di seguito riportato dei documenti da allegare a ciascuna richiesta di pagamento inviata alla Società è da ritenersi meramente esemplificativo, ma non esaustivo.

A) Decesso dell'Assicurato

- originale della richiesta di liquidazione inviata a mezzo raccomandata A.R., firmata dall'avente diritto (dai beneficiari o, se esistenti, dal vincolatario e/o creditore pignoratizio), ediante la quale si comunica alla Società l'avvenuto decesso dell'assicurato, la relativa data e la causa, precisando se da malattia (quale), se da infortunio (causa) o altre;
- certificato di morte dell'assicurato rilasciato dalle competenti Autorità;
- originale di polizza ed eventuali appendici emesse dalla Società o dichiarazione di smarrimento;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Cancelliere del Tribunale o ad un Notaio, previo giuramento di testimoni, dove è indicato, sempre che l'assicurato non risulti persona diversa dal contraente, se quest'ultimo abbia lasciato o meno testamento e, in caso affermativo, quali siano eventualmente i beneficiari, la loro età e capacità di agire. In caso di esistenza di testamento, l'atto notorio deve riportarne gli estremi, precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido. Qualora non esista testamento, nell'atto di notorietà andranno specificati gli eredi legittimi, indicandone le generalità, l'età e la capacità di agire;
- in caso di testamento valido, copia conforme all'originale completata dal relativo verbale di pubblicazione redatto da un Notaio;
- in caso di beneficiari minori di età, interdetti o inabilitati, decreto del giudice tutelare che autorizzi il tutore/curatore a riscuotere la somma spettante con espresso esonero per la Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché al suo eventuale reimpiego;
- relazione medico curante oppure certificato medico che at-

testi il luogo e la causa del decesso;

- cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti alla data del sinistro (Relazione Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);
- dati anagrafici dei beneficiari caso morte;
- lettera informativa e consenso ai sensi del D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 (Codice Privacy) dei beneficiari caso morte.

B) Malattia grave dell'Assicurato

- originale della richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dal contraente o dall'assicurato o altra persona in loro vece (o, se esistenti, dal vincolatario e/o dal creditore pignoratizio), con la quale comunicano l'insorgenza della malattia grave, precisando quale tra quelle previste nelle condizioni di assicurazione;
- copia di documento di identità dell'assicurato;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave, riportante la data di insorgenza;
- relazione medica redatta su apposito modulo (fornito da Zurich Life and Pensions).

C) Invalidità totale e permanente dell'Assicurato

- originale della richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dal contraente o dall'assicurato o altra persona in loro vece (o, se esistenti, dal vincolatario e/o dal creditore pignoratizio), con la quale comunicano l'insorgenza dell'invalidità totale e permanente e la causa, precisando se da malattia (quale) o se da infortunio (causa);
- copia di documento di identità dell'assicurato;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata l'invalidità e la malattia o infortunio che l'hanno causata;
- relazione medica redatta su apposito modulo (fornito da Zurich Life and Pensions).

D) Long term care

- originale della richiesta di liquidazione a mezzo lettera raccomandata A.R. sottoscritta dal contraente o dall'assicurato o altra persona in loro vece (o, se esistenti, dal vincolatario e/o dal creditore pignoratizio), con la quale comunicano l'insorgenza dello stato di non autosufficienza, precisando se da malattia (quale) o se da infortunio (causa) o se da vecchiaia;
- copia di documento di identità dell'assicurato;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la non autosufficienza e la malattia o l'infortunio che l'hanno causata;
- relazione medica redatta su apposito modulo (fornito da Zurich Life and Pensions).

La Società si riserva il diritto di richiedere eventuale ulteriore documentazione.

Il Rappresentante legale

Dott. Paolo Penco



I dati e le informazioni contenute nel presente Allegato A sono aggiornati al 1° giugno 2014.

CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI										
Cognome (o Ragione Sociale)					Nome			Sesso	M	F
C.F. / P. IVA					Data di nascita					
Comune di nascita				Provincia di nascita			Stato di nascita			
Cittadinanza			Cittadinanza			Telefono				
Paga le tasse in uno Stato diverso dall'Italia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Si, dove:										
Codice SOTTOGRUPPO		Codice GRUPPO/RAMO			Per Persona Giuridica allegare:		VISURA CAMERALE		ALTRO	
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza			Provincia di residenza				
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA: È VIETATO FISSARE IL DOMICILIO DI RAPPORTO PRESSO IL PROMOTORE FINANZIARIO										
Presso: via, numero civico										
C.A.P. di corrispondenza			Località di corrispondenza			Provincia di corrispondenza				
LEGALE RAPPRESENTANTE - DATI ANAGRAFICI (solo per Contraente Persona Giuridica)										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.					Data di nascita					
Comune di nascita					Provincia di nascita					
Indirizzo di residenza /domicilio: via, numero civico										
C.A.P.			Località di residenza /domicilio			Provincia di residenza /domicilio				
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL CONTRAENTE - LEGALE RAPPRESENTANTE										
Tipo documento:					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
ASSICURANDO - DATI ANAGRAFICI										
Cognome					Nome			Sesso	M	F
C.F.		Professione			Data di nascita		Età	Anni	Mesi	
Comune di nascita					Provincia di nascita					
Indirizzo di residenza: via, numero civico										
C.A.P. di residenza			Località di residenza			Provincia di residenza				
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ASSICURANDO										
Tipo documento:					Numero documento					
Località di rilascio					Data di rilascio					
SPAZIO RISERVATO AL PROMOTORE FINANZIARIO O ALL'INCARICATO DELLA SEDE, PER IDENTIFICAZIONE E REGOLARITA' DELL'OPERAZIONE										
RETE __ CODICE __			COGNOME E NOME			FIRMA				

PRESTAZIONI ACCESSORIE

Il Contraente chiede l'attivazione delle seguenti coperture complementari:

Copertura caso morte per assicurato
 fumatore non fumatore

_____._____._____._____._____._____._____._____._____._____.
 (importo minimo capitale assicurato euro 25.000)

Copertura Complementare infortuni caso morte
 (importo massimo euro 260.000)

Copertura Complementare malattie gravi
 _____._____._____._____._____._____._____._____._____._____.
 (importo minimo euro 25.000 - importo massimo euro 520.000)

Copertura Complementare Long Term Care
 _____._____._____._____._____._____._____._____._____._____.
 (importo massimo rendita assicurata euro 30.000)

Copertura Complementare invalidità totale e permanente
 _____._____._____._____._____._____._____._____._____._____.
 (importo minimo euro 25.000 - importo massimo euro 520.000)

Modalità di pagamento del premio

Secondo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione, il premio relativo alla prima semestralità delle coperture complementari e della copertura long term care a premio annuo, qualora vengano attivate contemporaneamente al contratto principale, viene prelevato dal versamento effettuato dal contraente all'atto della sottoscrizione della proposta e prima dell'acquisizione delle quote del fondo scelto. Nel caso in cui le coperture complementari vengano attivate in data successiva a quella del contratto principale, l'impresa preleverà dalla disponibilità in quote del fondo di investimento un rateo di premio corrispondente al periodo che intercorre tra l'attivazione delle coperture e la prima ricorrenza annuale successiva del contratto principale. I premi delle coperture complementari relativi alle successive semestralità vengono prelevati automaticamente dalla disponibilità in quote del fondo scelto. Il numero di quote da investire è calcolato sulla base del valore unitario delle quote riferito al terzo giorno di borsa aperta precedente la scadenza della relativa semestralità.

Il sottoscritto Contraente:

Prende atto che in relazione al contratto di assicurazione relativo alle coperture complementari del Programma di Protezione Totale, di cui la presente proposta costituisce parte integrante, il contraente dichiara di aver ricevuto il fascicolo informativo. Il contraente dichiara altresì di aver ricevuto, preso conoscenza e accettare le condizioni di assicurazione del Programma di Protezione Totale.

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

.....
 Firma (leggibile) del Contraente

.....
 Firma (leggibile) dell'Intermediario

.....
 Luogo e data di compilazione

Il sottoscritto Assicurando:

1. **Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
2. **Dichiara** che le informazioni fornite nella presente proposta, 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.
3. **Proscioglie** dal 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.
4. Prende atto delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:
 - a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
 - 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.**

.....
 Luogo e data di compilazione

.....
 Firma (leggibile) dell'Assicurando (quando non sia lo stesso Contraente)



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

a) Finalità assicurative di cui al punto 1) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, **presto il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione

Data e Firma

Contraente _____

Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

b) Ulteriori finalità di cui al punto 2) dell'Informativa.

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 nonché dell'art. 58 del D.Lgs. 206/2005 (*Codice del Consumo*), **presto il mio specifico, libero e facoltativo consenso**, al trattamento dei miei dati personali non sensibili

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) per finalità di marketing, invio di materiale pubblicitario e vendita tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi offerti dalla Società o da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato ed effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) per la comunicazione degli stessi ai soggetti terzi, i quali potranno a loro volta trattarli per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da soggetti terzi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nome e Cognome/denominazione

Data e Firma

Contraente _____



PAGINA NON UTILIZZABILE

Informativa relativa all'accesso all'Area Clienti Riservata

La informiamo che, a seguito della conclusione del contratto, potrà richiedere le credenziali per accedere all'Area Clienti Riservata presente sul sito della Società, ove potrà consultare la sua posizione assicurativa. Le credenziali d'accesso le verranno rilasciate solo su sua specifica richiesta, per garantirle una consultazione sicura.

Per ottenerle, la invitiamo a collegarsi all'indirizzo <https://areaclienti.zurich.it> e seguire le istruzioni riportate.

Alla conclusione del processo avrà a disposizione le credenziali per la consultazione dell'area a lei riservata.

Zurich Life and Pensions S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Investments Life S.p.A.

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia

Telefono +39.025966.1 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 40.500.000 i.v.

Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3/1/08 al n. 1.00100

ed appartenente al Gruppo Zurich Italia,

iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2

P. IVA/C.F./R.I. Milano 09893370156

Imp. aut. con D.M. 1.10.1991 (G.U.14/10/1991 n. 241)

Indirizzo PEC: Zurich.Life.Pensions@pec.zurich.it

www.zurichlifeandpensions.it

