

Taboo

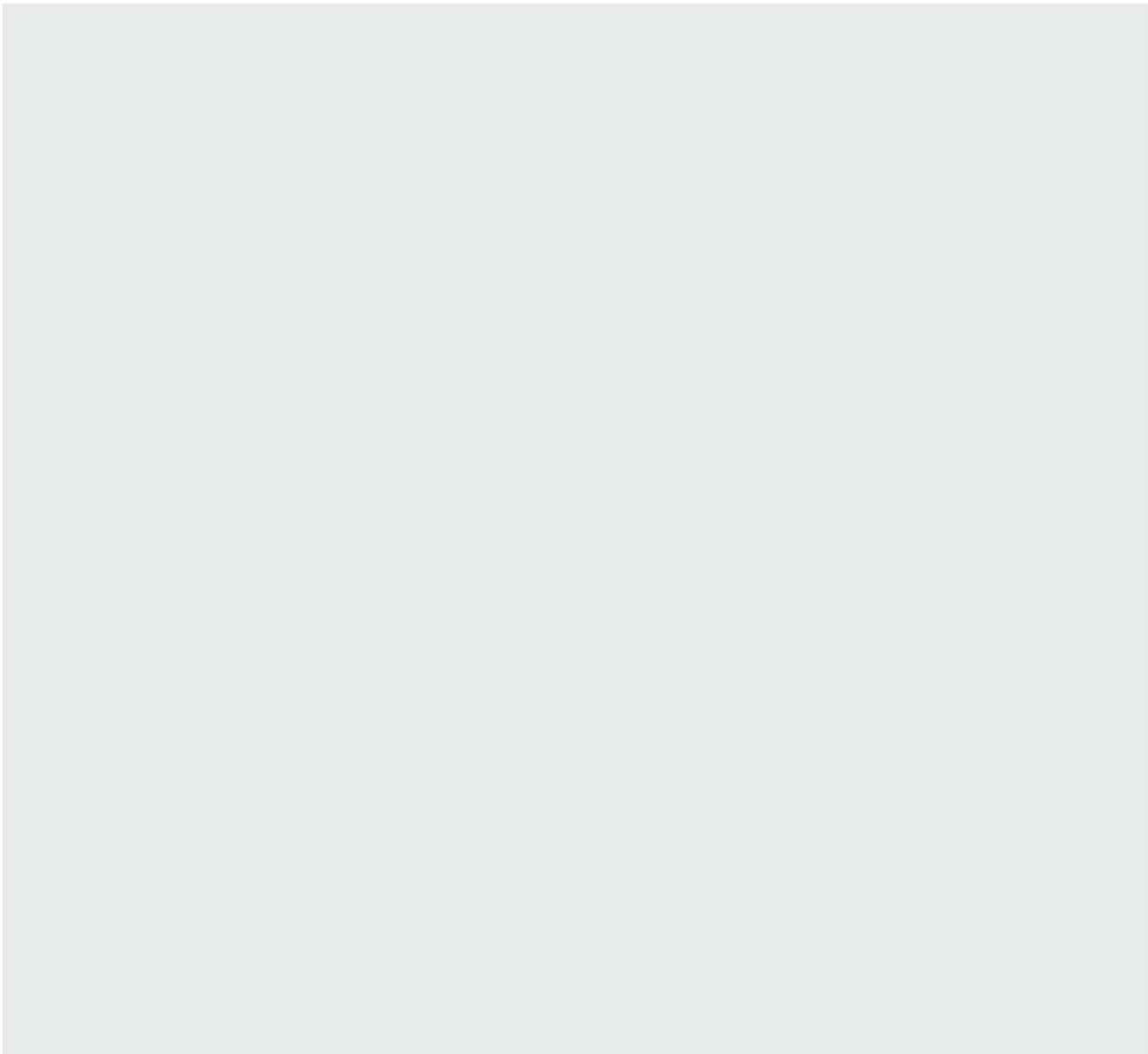
Contratto di assicurazione sulla vita
Temporanea per il caso morte

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Condizioni contrattuali
- Privacy
- 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

Nota informativa

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

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

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

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

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

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

Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni

Informativa Privacy

Glossario

Modulo di proposta

Nota informativa

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione della polizza. Il Contraente ha l'obbligo di fornire a Zurich tutte le informazioni necessarie per il compimento dell'adeguata verifica della clientela ai fini antiriciclaggio.

Si rimanda all'apposito articolo delle Condizioni contrattuali per ulteriori dettagli.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Zurich Investments Life S.p.A. - Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia, con Sede legale e Direzione a Milano Italia - Via Benigno Crespi n. 23, Cap 20159.

Iscritta all'albo Imprese IVASS il 3/1/08 al n. 1.00027, Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2.

Recapito telefonico +39 025966.1 - Indirizzo PEC: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it Sito Internet: www.zurich.it - E-mail: customerlife@it.zurich.com.

Zurich Investments Life S.p.A. È una Società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 7.11.1953 (G.U. del 3.2.1954 n. 27).

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 360.393.775 di cui:

- la parte relativa a capitale sociale è pari a euro 164.000.000;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 182.258.899.

L'indice di solvibilità, conforme alla normativa Solvency II, ammonta a 1,90 (SCR ratio) e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) pari a 537 milioni di euro e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement) pari a 282 milioni di euro.

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

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

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

Il Contratto può essere sottoscritto da una persona fisica che abbia raggiunto la maggiore età, domiciliata in Italia, in possesso di codice fiscale italiano e residente in Italia ai fini fiscali.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'assicurato, verificatosi nel corso della durata contrattuale, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato ai Beneficiari designati dal Contraente o agli aventi diritto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo "Prestazioni assicurate" delle Condizioni contrattuali. L'età dell'assicurato alla sottoscrizione del Contratto deve essere compresa tra 18 anni e 75 anni ed alla scadenza del Contratto non deve superare gli 80 anni.

Avvertenza

Taboo è un'assicurazione temporanea per il caso di decesso, si segnala pertanto che in caso di decesso dell'assicurato successivo alla data di scadenza del Contratto non verrà pagato alcun capitale; in tal caso, il Contratto si considererà sciolto e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

Avvertenza:

Taboo

Nota Informativa
8.964 – 06.2018

Il Contratto prevede le seguenti limitazioni ed esclusioni:

Dei Periodi di carenza durante i quali la prestazione assicurativa non opera. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3 "Limitazioni della garanzia - Periodi di carenza" delle Condizioni contrattuali;

Il rischio di morte non è coperto se verificatosi per le cause dettagliatamente specificate all'articolo 2 "Esclusioni" delle Condizioni contrattuali. In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

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

Prima di compilare e sottoscrivere il "Questionario anamnestico" si raccomanda di leggere attentamente tutte le avvertenze relative alla compilazione del Questionario riportate nel modulo di proposta.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel Questionario Anamnestico o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere.

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

Prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave dell'assicurato

La Società si impegna a pagare all'assicurato un capitale assicurato aggiuntivo, qualora gli venga diagnosticata una malattia grave, tra quelle descritte dall'art. 7 delle Condizioni contrattuali "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata" ed a condizione che il decesso dell'assicurato stesso non intervenga nei 30 giorni successivi alla data della diagnosi.

La prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave, è abbinabile alle sole tariffe che prevedono il pagamento annuo del premio, ed il capitale assicurato può essere pari a 50.000,00 euro, o 100.000,00 euro o 150.000,00 euro e comunque non può superare il doppio del capitale assicurato con la garanzia caso morte.

L'età dell'assicurato alla stipula del Contratto, deve essere compresa tra 20 e 60 anni e la durata della garanzia aggiuntiva è pari a 5 anni e può essere rinnovata con le modalità indicate all'art. 3 "Durata del Contratto e rinnovo dell'assicurazione" delle Condizioni contrattuali ai tassi in vigore all'epoca del rinnovo.

Avvertenza: Sono escluse dall'indennizzo le malattie gravi dovute ad alcune specifiche cause, dettagliate dall'art.8 delle Condizioni contrattuali "Esclusioni".

Qualora l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica e abbia compilato l'apposto questionario anamnestico, ***l'efficacia della garanzia in caso di malattia grave sarà limitata come specificato dall'art. 6 delle Condizioni contrattuali.***

Garanzia complementare infortuni

In caso di decesso dell'assicurato prima della scadenza del Contratto, dovuto a infortunio o incidente stradale, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati dal Contraente o agli aventi diritto, **rispettivamente il capitale aggiuntivo indicato in polizza o il doppio del medesimo.**

L'Intermediario assicurativo non può assumere anche qualifica di Beneficiario o vincolatario o creditore pignoratizio delle prestazioni previste dal Contratto.

4. Premi

L'importo del premio è determinato in relazione alla durata del Contratto e all'età dell'assicurato, all'ammontare e alla tipologia del capitale assicurato, se costante o decrescente, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita e alla condizione dello stato di Non Fumatore o Fumatore dell'assicurato.

Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dal Contratto, ma comunque non oltre il decesso dell'assicurato.

A seconda della tariffa prescelta il Contraente deve corrispondere un premio, che può essere:

Annuo, di importo costante, per tutta la durata del Contratto o per la durata del pagamento premi indicata in polizza;

Unico, da versarsi alla conclusione del Contratto;

I premi della prestazione aggiuntiva per il caso di malattia grave e della garanzia complementare infortuni sono da corrispondere unitamente e con lo stesso frazionamento del premio per la garanzia caso morte.

Mezzi di pagamento del premio o delle rate di premio

Nel caso di Contratto sottoscritto attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all' Intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;

Nel caso di Contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.

Qualora il Contraente estingua il conto corrente presso l'Istituto Bancario dove ha sottoscritto la polizza, dovrà comunicarlo per iscritto alla Direzione della Società che provvederà a gestire il Contratto direttamente.

Taboo

Nota Informativa
8.964 – 06.2018

Il Contraente può versare il premio annuo anche frazionato nell'anno, i relativi costi di frazionamento sono indicati al successivo punto 6.1.1.

Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito in conto corrente del Contraente (S.D.D. - Sepa Direct Debit).

Avvertenza:

Il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza comporta la **sospensione della prestazione assicurativa**. Per le informazioni di dettaglio si rinvia alle Condizioni contrattuali.

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

Il Contraente può chiedere di riattivare il Contratto entro secondo le modalità specificate nelle Condizioni contrattuali, a cui si rinvia per le informazioni di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

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

Costo fisso

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

Caricamenti

	Aliquota %
Per tariffe a premio annuo	11,50%
Per tariffe a premio unico	8,00%
- % da applicare al premio (annuo o unico) dedotto l'importo fisso	

Costi di frazionamento

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

Costo di Frazionamento per tariffe a premio annuo	% applicata su ogni rata di premio
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	3,50%

Costo della Visita medica

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

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

=====

La quota parte percepita dall'intermediario riferita all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a circa il 73,00%.

6. Sconti

Avvertenza: si segnala che la Società attraverso gli Intermediari ha la facoltà di prevedere specifici sconti sul premio. Informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

Taboo

7. Regime fiscale

Detrazione fiscale dei premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte di assicurazione.

I premi, sono detraibili nei termini e con le modalità previste dall'articolo 15, comma 1 lett. F) DPR 917/89 (c.d. TUIR) e successive modifiche e integrazioni, a condizione che i relativi importi siano pagati nell'anno per il quale si intende godere della detrazione fiscale. Per beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, sia fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Quanto sopra indicato si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa. E' riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al Contratto.

Tassazione delle somme corrisposte

Le somme corrisposte da Zurich in caso di decesso dell'assicurato sono esenti dall'irpef ai sensi dell'art. 34 D.P.R. 29 settembre 1973, n. 601 e s.m.i, esclusivamente per la quota parte del capitale ascrivibile alla copertura del rischio di premorienza (c.d. "rischio demografico");

Tutte le prestazioni corrisposte in caso di decesso dell'assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni. Quanto sopra indicato si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa.

Variazioni transnazionali di residenza

Il presente Contratto è stato concepito nel rispetto della normativa legale e fiscale applicabile ai Contraenti e agli Assicurati aventi residenza o sede legale in Italia.

Qualora il Contraente/Assicurato trasferisca la propria residenza o sede legale in un paese diverso dall'Italia, il contraente potrebbe non avere più diritto a versare premi sulla sua polizza e il Contratto potrebbe non incontrare più i bisogni individuali del Contraente/Assicurato stesso.

Il Contraente/Assicurato deve informare per iscritto Zurich di ogni eventuale cambio di residenza, domicilio o sede legale intervenuto nel corso del Contratto verso uno Stato diverso dall'Italia, prima che il cambiamento stesso abbia effetto.

In tal caso, previo assenso da parte del Contraente/Assicurato, Zurich può trasferire i dati personali del Contraente/Assicurato, ad un'altra Società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group operante nel nuovo Stato di residenza, domicilio o sede legale del Contraente/Assicurato, in modo che sia eventualmente possibile proporgli soluzioni in linea con la sua nuova situazione.

Zurich non offre consulenza sul trattamento fiscale del Contratto.

Per ogni valutazione sulle modifiche al trattamento fiscale a seguito di cambio di residenza, domicilio o sede legale sarà a carico del Contraente ottenere un'adeguata consulenza fiscale indipendente, che lo informi delle conseguenze derivanti da tale variazione.

La variazione di residenza potrebbe consentire a Zurich di sospendere e /o sciogliere il Contratto. In caso di scioglimento, il contraente può sempre richiedere il pagamento del valore del Contratto stesso.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

Si rinvia alle Condizioni contrattuali per le modalità di perfezionamento del Contratto e decorrenza delle coperture assicurative.

9. Risoluzione del Contratto per sospensione del pagamento dei premi o delle rate di premio

Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento del premio: il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta la sospensione della prestazione assicurativa.

Avvertenza: trascorsi dodici mesi dalla data di sospensione della prestazione assicurativa, il Contratto è risolto di diritto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società, salva l'ipotesi di riattivazione del Contratto.

Per gli aspetti di dettaglio sul mancato pagamento dei premi e sulla riattivazione del Contratto si rinvia alle Condizioni contrattuali.

10. Riscatto e riduzione

Il Contratto non prevede la possibilità di esercitare il diritto di riscatto o la riduzione delle prestazioni. E' prevista la facoltà di procedere alla riattivazione del Contratto: si rinvia alle Condizioni contrattuali per le modalità, i termini e le condizioni economiche.

11. Revoca della proposta

Fino al momento in cui il Contratto non è perfezionato il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta tramite una delle seguenti modalità:

Lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Life Maturity, Surrenders & Underwriting - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;

PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "revoca della proposta", a:

Taboo

Nota Informativa
8.964 - 06.2018

Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

12. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto inviando entro 30 giorni dalla data di conclusione una comunicazione scritta tramite una delle seguenti modalità:

Lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Maturity, Surrenders & Underwriting Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;

PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "recesso", a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal cartellino d'invio o dall'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società provvederà a restituire il premio versato al netto dei costi in cifra fissa sostenuti per l'emissione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

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

Per liquidazione delle prestazioni dovrà essere consegnata tutta la documentazione prevista dall'articolo "Pagamenti della Società" delle Condizioni contrattuali, tramite una delle seguenti modalità:

Lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Maturity, Surrenders & Underwriting – Ufficio Life Maturity & Surrenders - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;

PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "liquidazione delle prestazioni", a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

Si rinvia all'articolo "Pagamenti della Società" delle Condizioni Contrattuali per il dettaglio dei termini entro i quali la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata.

Ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Le somme dovute, per prestazioni aggiuntive, a scadenza o per sinistro, devono essere tassativamente richieste alla Società entro 10 anni rispettivamente dalla data di scadenza del Contratto, dalla data di pagamento delle prestazioni aggiuntive, dalla data di richiesta di riscatto o 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.

Al fine di agevolare i richiedenti, Zurich mette a disposizione degli stessi presso gli Intermediari e sul proprio sito internet un facsimile di richiesta di pagamento, per coloro che ritengono di farne uso.

14. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la Legge italiana.

15. Lingua

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

16. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati direttamente alla Società o 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, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto. Compete alla Società anche la gestione dei reclami relativi al comportamento degli Agenti (intermediari iscritti nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi) di cui l'impresa si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, incluso il comportamento dei dipendenti e collaboratori degli Agenti.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, 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.

Zurich, ricevuto il reclamo, deve fornire risposta entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal reclamante. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con

Taboo

Nota Informativa
8.964 – 06.2018

l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo, così come previsto dalla normativa vigente.

I reclami devono essere inviati per iscritto a:

- **ZURICH INVESTMENTS LIFE spa**
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it
PEC: reclami@pec.zurich.it
- **o tramite il sito internet di Zurich www.zurich.it dove, nella sezione dedicata ai reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso a Zurich.**

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 della Società, degli Intermediari e dei periti assicurativi da essa incaricati;
- nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo inoltrato alla Società o in caso di assenza di riscontro da parte della Società nei termini previsti dalla vigente normativa.

Nei casi di cui sopra, i reclami devono essere inviati per iscritto a:

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Fax: 06.42133206

Per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza (www.ivass.it) nella sezione relativa ai reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito di Zurich www.zurich.it. La presentazione del reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

I reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esauriente descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nei termini previsti dalla normativa vigente e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008 e s.m.i., che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà rivolgersi all'Ivass, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- La mediazione civile, disciplinata dal D.lgs. 28/2010 e s.m.i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo designa un mediatore e fissa il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;
- L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. Del c.p.c., attivabile o in virtù di una clausola compromissoria se prevista all'interno del contratto (nelle Condizioni contrattuali) o attraverso la stipulazione del c.d. Compromesso, un accordo tra le parti volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

17. Informativa in corso di Contratto

La Società è tenuta a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

In occasione dell'invio dell'estratto conto annuale la Società comunicherà al Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

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

Taboo

Nota Informativa
8.964 – 06.2018

consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.

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

Inoltre è possibile consultare la propria posizione assicurativa sul sito della Società nell'area Clienti Riservata. Le credenziali di accesso vengono rilasciate al Contraente su specifica richiesta, da effettuarsi collegandosi all'indirizzo <https://areaclienti.zurich.it>.

18. 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.

Nel caso in cui l'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore, inizi o ricominci a fumare anche sporadicamente, nel corso della durata contrattuale il medesimo ed il Contraente, se diverso, sono tenuti a darne tempestiva comunicazione alla Società. Eventuali variazioni dell'indirizzo di residenza, intervenute nel corso del Contratto devono essere comunicare tempestivamente alla Società, direttamente o per tramite del proprio Intermediario.

19. Conflitto di interessi

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

=====

Zurich Investments Life S.p.A. È responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

***Il Rappresentante legale
Dott. Dario Moltrasio***



I dati e le informazioni contenute nella presente Nota informativa sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I – Oggetto del Contratto

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

1.1 Caratteristiche del Contratto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Prestazione Assicurata

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Mandato dell'assicurato

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

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

Articolo 2 Esclusioni

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

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

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

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

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

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

Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

Articolo 4 Premio

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

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

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

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

Articolo 5 Costi

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

Costo fisso

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

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

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

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

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

Costo della visita medica

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

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

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che:

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

Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

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

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

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

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

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

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

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

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

Taboo (Tariffa 60E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 06.2018

Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.

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

Articolo 8.2 Diritto di recesso

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

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

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

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

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

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

In particolare:

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

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

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

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

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

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

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

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

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

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

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

Il mancato pagamento del premio annuale o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi

30 giorni dalla relativa data di scadenza comporta la sospensione delle prestazioni assicurative.

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

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

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

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

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

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno, vincolo

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

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

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

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

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

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

- a) Il Contraente designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento. La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

(i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto alla Società di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di accettare il beneficio;

(ii) da parte degli eredi al decesso del Contraente; e

(iii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, la costituzione di pegno e vincolo del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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

- c) Qualora **i beneficiari siano genericamente gli eredi** (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. **La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui il Contraente abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in**

qualsiasi momento o riportati nel testamento.

- d) Qualora un beneficiario muoia prima dell'assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:
- **nel caso del punto b)** che precede: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto;
 - **nel caso del punto c)** che precede: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articolo 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

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

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

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

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

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

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

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

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

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

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

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

Inoltre, in caso di:

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

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

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

Taboo (Tariffa 60E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 06.2018

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

Nell'ambito di tale facoltà, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la Società, al solo fine di individuare correttamente illi

Beneficiarioli della prestazione, potrebbe richiedere una dichiarazione che attesti se sia stato pronunciato un giudizio di separazione fra l'Assicurato e illa coniuge qualora questa non sia già contenuta nell'atto notorio o nella dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio.

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

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

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

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

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

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

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

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

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

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

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

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

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

Si richiamano in particolare:

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

Articolo 18 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa.

Articolo 19 Foro competente

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

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 22 Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale
Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I - Oggetto del Contratto

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

1.1 Caratteristiche del Contratto

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Prestazione Assicurata

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Mandato dell'assicurato

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

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

Articolo 2 Esclusioni dalla garanzia

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

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

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

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

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

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

Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

Articolo 4 Premio

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

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

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

Articolo 5 Costi

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

Taboo (Tariffa 601E)

Condizioni Contrattuali

8.964 – 06.2018

amministrativa del Contratto come riportato di seguito:

Costo fisso

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

Caricamenti

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

Costo della visita medica

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

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

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

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

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

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

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

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

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

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

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

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

Lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Maturity, Surrenders & Underwriting - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

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

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

Articolo 8.2 Diritto di recesso

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

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

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

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

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

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

In particolare:

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

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

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

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

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

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

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

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

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

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12 Cessione, pegno e vincolo

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

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

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

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

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

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

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13 Beneficiari

a) Il Contraente designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto alla Società di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di accettare il beneficio;
- (ii) da parte degli eredi al decesso del Contraente; e
- (iii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, la costituzione di pegno e vincolo del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

- b) Qualora il Contraente **designi espressamente più di un beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.
- c) Qualora **i beneficiari siano genericamente gli eredi** (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. **La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui il Contraente abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in qualsiasi momento o riportati nel testamento.**
- d) Qualora un beneficiario muoia prima dell'assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:
- **nel caso del punto b)** che precede: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto;
 - **nel caso del punto c)** che precede: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 14 Pagamenti della Società

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

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

- Nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche -Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;

- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del/gli assicurato/i;
- Nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- Numero di Polizza (se conosciuto);
- Dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di “Foreign Account Tax Compliance Act”) e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. Normativa DAC2 e CRS);
- Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- Dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

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

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

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall’ufficiale di stato civile

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

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

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

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

Inoltre, in caso di:

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

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

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

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

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

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

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

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

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

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

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

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

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

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

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15 Rinvio alle norme di legge

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

Si richiamano in particolare:

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

Articolo 16 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa.

Articolo 17 Foro competente

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

Articolo 18 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 19 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 20 Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale
Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I - Oggetto del Contratto

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

1.1 Caratteristiche del contratto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Prestazioni assicurate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Mandato dell'Assicurato

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

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

Articolo 2 Esclusioni

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

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

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto: Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

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

Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

fornito specifico test HIV con esito negativo.

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

Articolo 4 Premio

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

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

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

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

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

Articolo 5 Costi

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

Costo fisso

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

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

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

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

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

Costo della visita medica

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

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

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che:

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

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

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente, dopo aver sottoscritto la Proposta completa di tutte le

informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve, tramite comunicazione scritta, la Polizza debitamente sottoscritta dalla Società, che rappresenta l'accettazione da parte della Società della Proposta del Contraente.

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

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

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

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

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

Articolo 8.2 Diritto di recesso

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

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

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

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

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

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

In particolare:

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

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

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

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

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

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

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

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

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

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

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

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

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

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

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

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

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

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno e vincolo

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

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

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

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

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

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

- a) Il Contraente designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento. La designazione potrà essere revocata o modificata dal Contraente in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:
- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto alla Società di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di accettare il beneficio;
 - (ii) da parte degli eredi al decesso del Contraente; e
 - (iii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società la propria intenzione di richiedere il beneficio.
- Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, la costituzione di pegno e vincolo del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.
- In mancanza di espressa designazione, Beneficiario delle Prestazioni Assicurative è il Contraente medesimo o, qualora quest'ultimo coincida con l'Assicurato, gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.
- b) Qualora il Contraente **designi espressamente più di un beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.
- c) Qualora **i beneficiari siano genericamente gli eredi** (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. **La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui il Contraente abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in qualsiasi momento o riportati nel testamento.**
- d) Qualora un beneficiario muoia prima dell'assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:
- **nel caso del punto b)** che precede: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto;
 - **nel caso del punto c)** che precede: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articolo 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

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

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

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

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

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

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

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

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

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

Inoltre, in caso di:

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

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

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

3) Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire

copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

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

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

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

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

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

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

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

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

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

Documentazione disponibile e

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

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

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

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

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

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

Si richiamano in particolare:

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

Articolo 18 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa.

Articolo 19 Foro competente

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

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 22 Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale

Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I - Oggetto del Contratto

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

Art 1.1 Caratteristiche del Contratto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Prestazione Assicurata

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

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

Di cui all'articolo 2.

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

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

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

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

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

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

1.3 Mandato dell'Assicurato

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

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

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

Articolo 2 Esclusioni

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

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

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

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

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

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

Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

Articolo 4 Premio

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

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

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

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

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

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

Articolo 5 Costi

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

Costo fisso

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

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

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

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

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

Costo della visita medica

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

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

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

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

Che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

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

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

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

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

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

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

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

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

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

Articolo 8.2 Diritto di recesso

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

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

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

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

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

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

In particolare:

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

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

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

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

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

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

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

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

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

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

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

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

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

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

Articolo 12 Riattivazione del Contratto

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

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

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

Articolo 13 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14 Cessione, pegno, vincolo

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

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

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

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

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

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15 Beneficiari

a) Il Contraente designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

- (i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto alla Società di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di accettare il beneficio;
- (ii) da parte degli eredi al decesso del Contraente; e
- (iii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, la costituzione di pegno e vincolo del Contratto richiedono il

consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

- b) Qualora il Contraente **designi espressamente più di un beneficiario**, la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.
- c) Qualora **i beneficiari siano genericamente gli eredi** (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. **La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui il Contraente abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in qualsiasi momento o riportati nel testamento.**
- d) Qualora un beneficiario muoia prima dell'assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:
- **nel caso del punto b)** che precede: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto;
 - **nel caso del punto c)** che precede: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articolo 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 16 Pagamenti della Società

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

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

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

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

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

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

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

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

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

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

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

Inoltre, in caso di:

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

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

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

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

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

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

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

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

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

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

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

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

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

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

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 17 Rinvio alle norme di legge

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

Si richiamano in particolare:

- l'articolo 1920 C.C. ai sensi del quale il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti

- della Società, pertanto le somme corrisposte a seguito del decesso dell'assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
- l'articolo 1923 C.C. ai sensi del quale le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve le specifiche disposizioni di legge.

Articolo 18 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa

Articolo 19 Foro competente

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

Articolo 20 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 21 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 22 Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale

Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I - Oggetto del Contratto

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

1.1. Caratteristiche del Contratto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Prestazioni assicurate

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Mandato dell'assicurato

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

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

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

Articolo 2 Esclusioni

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

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

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

Articolo 3 Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

Durante tale periodo di carenza la Società garantisce comunque l'intera prestazione assicurata, nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopraggiunta dopo l'entrata in vigore del Contratto: Tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;

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

Di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

Articolo 4 Premio

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

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

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

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

Articolo 5 Costi

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

Costo fisso

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

Caricamenti

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

Costo della visita medica

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

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

Articolo 6 Definizione di Non Fumatore

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

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

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

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 7 Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del Contratto

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

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

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

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

Articolo 8 Revoca e Diritto di recesso

Articolo 8.1 Revoca

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

Lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata), a **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Maturity, Surrenders & Underwriting - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano o Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

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

Articolo 8.2 Diritto di recesso

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

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

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

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

Articolo 9 Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato

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

In particolare:

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

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

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

Articolo 10 Modifica di professione o attività dell'assicurato

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

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

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

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

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

Parte III – Regolamentazione in corso di Contratto

Articolo 11 Riscatto

Il Contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12 Cessione, pegno e vincolo

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

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

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

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

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

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13 Beneficiari

a) Il Contraente designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

(i) dopo che il Contraente abbia comunicato per iscritto alla Società di rinunciare al diritto di revoca ed il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di accettare il beneficio;

(ii) da parte degli eredi al decesso del Contraente; e

(iii) in seguito al verificarsi dell'evento assicurato, qualora il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società la propria intenzione di richiedere il beneficio.

Nei casi previsti dai punti (i), (ii) che precedono, il Recesso, la costituzione di pegno e vincolo del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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

c) Qualora **i beneficiari siano genericamente gli eredi** (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. **La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui il Contraente abbia espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Società in qualsiasi momento o riportati nel testamento.**

d) Qualora un beneficiario muoia prima dell'assicurato, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:

- **nel caso del punto b)** che precede: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto;
- **nel caso del punto c)** che precede: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articolo 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 14 Pagamenti della Società

A seguito del decesso di un solo Assicurato o in caso di commorienza di entrambi gli Assicurati, i Beneficiari designati o, nel caso di decesso degli stessi, i loro eredi (i "Beneficiari" o il "Beneficiario") dovranno inviare alla Società la

documentazione di seguito specificata, ovvero inoltrarli alla stessa per il tramite delle agenzie Zurich:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

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

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

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

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

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

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

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

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

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

Inoltre, in caso di:

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

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

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

Oppure

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

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

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

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

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

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

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

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

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

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano

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

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

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

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

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

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

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15 Rinvio alle norme di legge

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

Si richiamano in particolare:

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

Articolo 16 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa

Articolo 17 Foro competente

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

Articolo 18 Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 19 Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 20 Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale
Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

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

Parte I – Oggetto del Contratto

Articolo 1

Facoltà di abbinamento

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

Articolo 2

Prestazioni assicurate

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

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

Il valore del capitale assicurato è indicato in polizza.

Articolo 3

Durata del Contratto e rinnovo dell'assicurazione

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

L'assicurazione può essere, di volta in volta, rinnovata con la stessa regola per un ulteriore periodo di durata, purché la stessa non risulti superiore alla durata residua della temporanea in caso di morte, in tal caso il periodo coinciderà con la durata residua.

Il capitale assicurato può essere pari a 50.000,00 euro o 100.000,00 euro o 150.000,00 euro e comunque non può superare il doppio del capitale assicurato con l'assicurazione in caso di morte.

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

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

Articolo 4

Data di insorgenza della malattia grave

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

Articolo 5

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

Articolo 6

Periodo di carenza in caso di assicurazione senza visita medica

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

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

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

Articolo 7

Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata

A. Ictus cerebrale

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

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

B. Infarto miocardico

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

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

C. Cancro

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

Il cancro deve essere confermato da esame istologico di malignità.

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

Dalla garanzia sono esclusi:

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

D. Chirurgia cardiovascolare

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

E. Insufficienza renale

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

F. Trapianto di organi principali

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

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

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

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

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

G. Cecità

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

Articolo 8 Esclusioni

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

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

Articolo 9

Data insorgenza della malattia grave

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

Articolo 10

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

Articolo 11 Premio

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

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

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

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

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

Parte II - Conclusione del Contratto e diritto di recesso

Articolo 12

Conclusione del Contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

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

Articolo 13

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

Articolo 14

Diritto di recesso

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

Parte III - Regolamentazione nel corso del Contratto

Articolo 15

Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del Contratto

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

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

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

Articolo 16

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del Contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art 13 "Interruzione pagamento dei premi: risoluzione del Contratto" può essere riattivata contestualmente all'assicurazione per il caso di morte entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il Contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Parte IV - Pagamenti della Società

Articolo 17

Denuncia della malattia grave

Qualora all'assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra quelle riportate all'articolo 7, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata A.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Articolo 18

Obblighi del Contraente e dell'assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione aggiuntiva, sono obbligati:

A rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché

A fornire ogni ulteriore documentazione necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'assicurato con medici di sua fiducia.

Articolo 19

Accertamento e liquidazione della malattia grave

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, richiesta a norma dei precedenti articoli 17 e 18 ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento

entro i successivi 30 giorni, decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Il decesso dell'assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga, dopo il periodo di qualificazione di 30 giorni di cui al precedente articolo 5, prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità e comporta la liquidazione del capitale assicurato.

Qualora il decesso dell'assicurato intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, nessuna somma è dovuta per la presente assicurazione.

Articolo 20

Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

- In caso di accettazione dell'indennizzabilità di malattia grave deve essere consegnata la seguente documentazione:
 - Denuncia, tramite lettera raccomandata A.R. o PEC da inviare alla Direzione della Società, entro 90 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la malattia grave;
 - Relazione del medico curante e documentazione sanitaria (es. Cartella clinica in casodi eventuale ricovero in struttura ospedaliera) comprovante la diagnosi.
- In caso di decesso dell'assicurato trascorso il periodo di qualificazione di 30 giorni come indicato all'articolo 5, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:
 - Richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario, che dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - A) nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario e, relativamente ai Beneficiari che non siano anche Contraenti della Polizza, copia del tesserino contenente il codice fiscale;
 - B) IBAN di ciascun Beneficiario, in caso di pagamento con bonifico;
 - C) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'assicurato;
 - D) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
 - E) numero di Polizza (se conosciuto);
 - F) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
 - G) dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario;

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso le sedi degli Intermediari e sul proprio sito internet un fac-simile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

- Copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- Certificato di morte emesso dall'ufficiale di stato civile;
- Relazione medica sulle cause del decesso dell'assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera. I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente;
- Se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:
 - atto notorio redatto da un notaio
 - Oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;
- Se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;
- Se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio
 - Oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

- Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà

fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:

(i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;

(ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;

(iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

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

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

- atto notorio redatto da un notaio

Oppure

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

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

La documentazione elencata viene richiesta da la Società compatibilmente con quanto previsto dalle norme di legge applicabili.

In caso di necessità, o in presenza di situazioni di fatto che impongano particolari esigenze istruttorie, la Società può richiedere ulteriore documentazione probatoria. Le spese relative all'acquisizione della documentazione suddetta sono direttamente a carico dei Beneficiari.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 21

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal Contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 22 Imposte

Si rinvia per dettagli all'articolo 7 della Nota Informativa.

Articolo 23

Foro competente

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

Articolo 24

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell'Art. 42 comma 1 del D.lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i..

Articolo 25

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 26

Modifiche contrattuali

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

Il Rappresentante legale

Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

Condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni (applicabile alle sole tariffe 60E - 60D - 60DM)

Articolo 1

Prestazioni

In base alla presente garanzia, qualora la morte dell'assicurato sia conseguente ad infortunio, la Società pagherà ai Beneficiari designati nella polizza vita:

Il capitale aggiuntivo indicato dal semplice di polizza;

Il doppio del medesimo se l'infortunio sarà conseguente ad incidente della circolazione.

Il capitale assicurato ed il premio corrispondente sono indicati nel semplice di polizza, e l'importo del premio è compreso nel premio vita.

Articolo 2

Definizione di infortunio - Incidente della circolazione

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte dell'assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente:

Cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;

Occorso all'assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico, terrestre, marittimo o aereo.

L'assicurazione vale se la morte dell'assicurato per infortunio si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortunio anche:

L'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;

L'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'articolo 3 lettera d) che segue;

Le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini delle presenti condizioni particolari;

Le lesioni (esclusi infarti e le ernie) determinate da sforzi;

Le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;

Gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;

Quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;

Quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;

Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

Delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;

Di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;

Di giochi ed attività sportive a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'art. 3 che segue) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, motociclistici, cicloturistici e regate veliche;

Di attività sportive e relativi allenamenti, a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative Federazioni, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore.

Articolo 3

Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario, non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di

sospensione.

Sono esclusi dall'assicurazione:

Gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio;

Gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

Gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, skateboard, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);

Gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o ad atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

Gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;

Gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;

Gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

Gli infortuni derivanti da trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 4

Estinzione dell'assicurazione

In caso di mancato pagamento, cessazione o esonero per qualsiasi causa, del pagamento dei premi dell'assicurazione vita;

Al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'assicurazione vita.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi a) e b) che precedono, non obbliga la Società la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dall'articolo "Pagamenti della Società", la Società pagherà il capitale della presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte è conseguente ad infortunio.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Articolo 6

Richiamo alle condizioni dell'assicurazione principale

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono - nelle misure in cui sono applicabili - le Condizioni di polizza vita e le norme di legge in materia.

Non sono applicabili per questa Assicurazione Complementare:

Le limitazioni della garanzia previste dalle Condizioni di polizza di assicurazione sulla vita;

Le modalità di rivalutazione delle prestazioni.

La Società rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

Il Rappresentante legale

Dott. Dario Moltrasio



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

Informativa Privacy

Gentile Cliente,

la nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei Suoi dati personali – ovvero dati personali relativi a soggetti minori di cui Lei esercita la potestà genitoriale - al fine di poter fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti nonché, con il Suo consenso, potrà svolgere le ulteriori attività qui di seguito specificate. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 2016/679 (di seguito per brevità il "**Regolamento**") forniamo, pertanto, qui di seguito l'informativa relativa al trattamento dei Suoi dati personali.

1) IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DEL RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI

Il Titolare del Trattamento è Zurich Investments Life S.p.A. con la quale è stato sottoscritto il contratto di assicurazione o che ha emesso un preventivo/quotazione, avente sede in Via Benigno Crespi, 23, 20159 – Milano (la "**Società**"). Potrà contattare il Titolare, indirizzando la Sua comunicazione all'attenzione del Responsabile per la Protezione dei Dati ad uno dei seguenti recapiti: inviando un'e-mail all'indirizzo: privacy@it.zurich.com o scrivendo a mezzo posta alla sede della società sopra riportata.

2) FINALITA' DEL TRATTAMENTO

a) Finalità contrattuali e di legge

I dati personali – ivi compresi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società:

- (i) al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, ivi compresa la registrazione e l'accesso al servizio attraverso il quale consultare la Sua posizione relativa ai Suoi contratti assicurativi in essere con la Società (c.d. Area Clienti); per ogni altra finalità connessa ad obblighi di legge, regolamentari, disciplina comunitaria e per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa fornite dalla Società (nella finalità assicurativa sono contemplati, ad esempio, i seguenti trattamenti: predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza, predisposizione e stipulazione di contratti assicurativi; raccolta del premio assicurativo; accesso alla c.d. Area Clienti, liquidazione dei sinistri o pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; anticiclaggio – con esclusione dei prodotti di Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici, antiterrorismo, gestione e controllo interno). Sono altresì necessarie attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato per il calcolo del rischio e del relativo premio assicurativo, per maggiori informazioni La invitiamo a visionare il seguente paragrafo 7 "*Esistenza di un processo decisionale automatizzato*".

Il conferimento dei dati personali per tali finalità deriva dalla sottoscrizione di un contratto assicurativo ovvero dalla richiesta di un preventivo/quotazione per la stipula di un contratto e dai correlati obblighi legali ed un eventuale mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità per la nostra Società di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, ivi compresi la quotazione, la registrazione e l'accesso al servizio c.d. Area Clienti.

b) Finalità di marketing e ricerche di mercato

I Suoi dati personali (quindi con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, ove conferiti per le finalità di cui al precedente punto a)), a fronte di un Suo specifico consenso, potranno essere trattati dalla Società per **finalità di marketing**, quali l'invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate alla clientela, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di propri prodotti o servizi della Società o di altre società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (con modalità automatizzate, tra cui a titolo esemplificativo la posta elettronica, sms, mms, smart messaging, ovvero attraverso l'invio di messaggi a carattere commerciale veicolati attraverso l'Area Clienti, oltre alle modalità tradizionali quali, invio di posta cartacea e telefonate con operatore), nonché per consentire alla Società di **condurre ricerche di mercato**, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

c) Rilevazioni statistiche

I Suoi dati personali (quindi con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, ove conferiti per le finalità di cui al punto a)), a fronte di un Suo specifico consenso, potranno essere trattati dalla Società per effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.

d) Comunicazioni a terzi al fine di consentire agli stessi loro proprie iniziative di marketing

I Suoi dati personali (quindi con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, ove conferiti per le finalità di cui al punto a)), a fronte di un Suo specifico consenso, potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali Società del Gruppo Zurich Insurance Group LTD). Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i Suoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

e) Soft Spam

Le ricordiamo inoltre che sulla base della normativa vigente, la Società potrà utilizzare le coordinate di posta elettronica da Lei fornite in occasione dell'acquisto di un nostro servizio e/o prestazione e/o prodotto assicurativo per proporle prodotti, servizi e prestazioni analoghi a quelli da Lei acquistati. Tuttavia, qualora non desiderasse ricevere tali comunicazioni, potrà darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente paragrafo 1 della presente informativa privacy o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da Lei ricevute. La Società, in tal caso, interromperà senza ritardo la suddetta attività.

f) Attività di autovalutazione del servizio prestato

I Suoi dati personali, potranno altresì essere utilizzati dalla Società per contattarla al fine di ricevere da Lei informazioni circa la gestione dell'attività assicurativa da parte di Zurich e dei soggetti dalla stessa incaricati, al fine di procedere ad un'autovalutazione della gestione della pratica da parte della Società, in un'ottica di miglioramento del servizio fornito. Tuttavia, ove Lei non desiderasse essere contattato per tale scopo, potrà darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente paragrafo 1. In tal caso, la Società non procederà con il trattamento di cui al presente paragrafo 2 f).

Con riferimento ai precedenti punti 2 b), c), d), e), f) si precisa che il mancato conferimento del consenso, la sua revoca o la mancata comunicazione dei dati non pregiudicherà in alcun modo la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti.

3) BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMO INTERESSE

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- punto 2 a) (*trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge*), la base giuridica degli stessi sono:
 - (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione – e contrattuali del rapporto, ivi incluse le attività di raccolta dei premi e liquidazione dei sinistri);
 - (ii) la normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l’invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche anticiclaggio con esclusione dei prodotti di Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici e antiterrorismo);
 - (iii) l’interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, indagine, di tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).
- punti 2 b), c) ed d) (trattamenti svolti per finalità di marketing, finalità statistiche e comunicazione a terzi) la base giuridica degli stessi sono i rispettivi consensi eventualmente prestati;
- punto 2 e) (soft spam) la base giuridica è da rinvenirsi nel legittimo interesse della Società all’utilizzo delle coordinate di posta elettronica di un cliente all’invio di un numero limitato di comunicazioni commerciali che possano essere appropriate ed inerenti al rapporto assicurativo con Lo stesso intercorrente.
- punto 2 f) (attività di autovalutazione) la base giuridica è da rinvenirsi nel legittimo interesse della Società ad effettuare un’autovalutazione dell’attività dalla stessa svolta in merito ai servizi forniti e alla gestione della pratica assicurativa, al fine di migliorare il proprio operato.

4) CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- punto 2 a) (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge), i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) assicuratori, coassicuratori (ii) intermediari assicurativi (agenti, broker, banche) (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (v) legali; periti; medici; centri medici, soggetti coinvolti nelle attività di riparazione automezzi e beni assicurati (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Ivass ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.
- punti 2 b), c), d), e) ed f) (finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, soft spam e attività di autovalutazione), i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie: (i) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (ii) società di servizi, fornitori, outsourcers.

5) TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

I dati personali potranno essere trasferiti all'estero, prevalentemente verso paesi Europei. I dati personali possono tuttavia essere trasferiti verso paesi extra europei (tra cui la Svizzera, sede della società capogruppo). Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile ed applicando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza. Si precisa a tal riguardo che i trasferimenti verso Paesi extra europei- in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione europea - avvengono sulla base delle "Clausole Contrattuali Tipo" emanate dalla Commissione medesima, quale garanzia del corretto trattamento. Potrà in ogni caso sempre contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti riportati nel paragrafo 1 al fine di avere esatte informazioni circa il trasferimento dei Suoi dati ed il luogo specifico di loro collocazione.

6) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali verranno conservati per i seguenti periodo di tempo:

- (i) dati contrattuali: per 20 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (ii) dati inerenti alle attività antifrode: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iii) dati inerenti alle attività di contrasto al riciclaggio di denaro (con esclusione dei Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici) e antiterrorismo : 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iv) dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva.
- (v) dati trattati per finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche e soft spam: due anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.
- (vi) dati trattati per finalità per attività di autovalutazione: 12 mesi dalla conclusione dell’attività di autovalutazione.

7) ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO

La informiamo che la Società, al fine di valutare e predisporre i propri preventivi, calcolare il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, necessita di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando ove necessario i dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato (e pregressi eventi morbosi o comunque con un'incidenza sullo stato di salute in caso di polizze sulla salute e/o sulla vita). Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza precipua di calcolo del rischio connesso con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale (o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Infine, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, anticiclaggio ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzare al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di anticiclaggio ed antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di anticiclaggio ed antiterrorismo.

8) I SUOI DIRITTI

Le ricordiamo che gli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento Le riconoscono numerosi diritti, tra cui il diritto di:

- a) accedere ai dati personali che lo riguardano, ottenere informazioni circa i dati trattati, le finalità e le modalità del trattamento;
- b) ottenere la rettifica e l'aggiornamento dei dati, di chiedere la limitazione del trattamento effettuato sui propri dati (ivi incluso, ove possibile, il diritto all'oblio e la cancellazione);
- c) opporsi per fini legittimi al trattamento dei dati nonché esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati;
- d) proporre reclamo alla competente Autorità di controllo.

Le ricordiamo che ove avesse conferito il Suo libero consenso alle attività di cui ai precedenti punti 2 b), c) e d) (*finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, comunicazioni a terzi*), potrà in qualsiasi momento revocare il Suo consenso. A tal proposito si precisa che la revoca, anche ove fosse espressa con riguardo ad uno specifico mezzo di comunicazione, si estenderà automaticamente a tutte le tipologie di invio e di mezzo comunicativo. Potrà, inoltre, sempre comunicare la volontà di non ricevere più comunicazioni di cui al punto 2 e) (soft spam) e 2 f) (attività di autovalutazione).

Potrà inoltre sempre comunicare la volontà di non ricevere più comunicazioni di cui al punto 2 e) (*soft spam*).

Per esercitare tali diritti potrà rivolgersi al Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti indicati nel paragrafo 1, che qui si riportano per Sua maggiore comodità: e-mail privacy@it.zurich.com; ovvero scrivendo alla Società all'attenzione del Responsabile per la Protezione dei Dati all'indirizzo di Milano, Via Benigno Crespi, 23 (20159).

Taboo

Glossario

Nel presente documento sono contenute e esplicate tutte le terminologie tecniche specifiche di un Contratto sulla vita. Il documento è suddiviso in cinque parti:

1. definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita
2. definizioni relative alla polizza
3. definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto
4. definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita

1. Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

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

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

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

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Cessione, pegno, vincolo

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul Contratto e su appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Conclusione del Contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il Contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del Contratto.

Conflitto di interessi

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

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal Contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Taboo

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione Contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

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

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del Contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del Contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del Contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritti (o interessi) di frazionamento

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tenere conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del Contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il Contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del Contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal Contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o clausole del Contratto di assicurazione.

Età assicurativa

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

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota informativa
- Condizioni contrattuali comprensive del regolamento della gestione separata
- Glossario
- Proposta

Impignorabilità e inalienabilità

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

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti

Taboo

Glossario
8.964 – 06.2018

preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tali attività.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Nota informativa

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

Opzione

Clausola del Contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista.

Perfezionamento del Contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Prestito

Somma che il Contraente può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal Contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante appendice da allegare al Contratto.

Principio di adeguatezza

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

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario

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

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (S.D.D. - Sepa Direct Debit), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del Contratto.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del Contratto di assicurazione.

Taboo

Glossario
8.964 – 06.2018

Riscatto

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

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del Contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del Contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del Contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo Contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del Contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

2. Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

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

Polizza

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

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

Taboo

3. Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal Contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti

Premio periodico

Premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal Contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del Contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può variare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.

Premio puro

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

Premio rateizzato o frazionato

Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più parte da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in unica soluzione alla Società al momento della conclusione del Contratto.

Sconto di premio

Operazione descritta nella Nota informativa attraverso la quale la Società riconosce al Contraente una riduzione del premio di tariffa applicato, e quindi, di fatto, una maggiorazione delle prestazioni assicurate, in dipendenza di determinate condizioni quali il pagamento di un premio eccedente una certa soglia prefissata dalla Società stessa.

Sovrappremio

Maggiorazioni di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal Contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso Capitale

in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Taboo

Glossario

8.964 – 06.2018

Rendita vitalizia immediata in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento immediato al Beneficiario di una rendita vitalizia da corrispondere finché il Beneficiario è in vita.

Altre prestazioni e garanzie

Garanzia complementare infortuni

Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Rendita vitalizia in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, pagamento di una rendita vitalizia da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità, finché l'Assicurato è in vita.

Unità di misura legali: ai sensi del Decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 29/10/2009 (in attuazione della Direttiva 2009/3/CE) l'unità di misura temporale base è il "secondo" e quelle derivate il "minuto", l' "ora" e il "giorno". Pertanto laddove siano menzionate unità di misura temporali quali l' "anno" o il "mese", il riferimento alle stesse andrà inderogabilmente inteso rispettivamente a "365 giorni" e "30 giorni".

***Il Rappresentante legale
Dott. Dario Moltrasio***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° giugno 2018.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

PUNTO VENDITA		COORDINATE DI RETE		MANDATO	
CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)					
Cognome (o Ragione Sociale)		Nome		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F.		Data di nascita			
Comune di nascita		Provincia di nascita		Stato di nascita	
Cittadinanza		Cittadinanza		Telefono	Green card: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Sì, TIN/ GIIN:					
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Se Sì: stato residenza 1:			Codice di Identificazione Fiscale NIF1		
stato residenza 2:			Codice di Identificazione Fiscale NIF2		
Indirizzo di residenza ai sensi del codice civile /Sede: via, numero civico					
C.A.P. di residenza		Località di residenza		Provincia di residenza	
Indirizzo di corrispondenza: via, numero civico					
C.A.P. di corrispondenza		Località di corrispondenza		Provincia di corrispondenza	
SEDE ATTIVITA' PREVALENTE (indicare Comune)			Codice PREVALENTE ATTIVITA' SVOLTA: (*) - Sezione A		
CODICE SOTTOGRUPPO			CODICE GRUPPO/RAMO		
Per Persona Giuridica					
Allegare:		VISURA CAMERALE		ALTRO, specificare:	
Codice TIPO SOCIETÀ (*) (sezione B)					
L'attività d'Impresa include relazioni non pagate di cui all'allegato 1 (vedi pag. 7) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Se il cliente è un'organizzazione non profit indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte.					
Classe di beneficiari:					
Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva così come definita dal Decreto Ministeriale 28/12/2015 in attuazione della Legge 18 Giugno 2015 nr 95, Art 1, Lettera gg e riferimenti successivi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 23/2/2007 e successive modificazioni e integrazioni, in caso di Contraente Persona fisica, fornire le seguenti dichiarazioni:					
Contraente: Dichiaro <input type="checkbox"/> di essere Persona Politicamente Esposta <input type="checkbox"/> di non essere Persona Politicamente Esposta					
LEGALE RAPPRESENTANTE - DATI ANAGRAFICI (solo per Contraente Persona Giuridica) (Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)					
Cognome		Nome		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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					
Tipo documento			Numero documento		
Ente di rilascio			Località di rilascio		
Data di rilascio			Data di scadenza		
INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ESECUTORE(**)					
Ai sensi dell'Articolo 13 del Reg. IVASS 5/2014:					
Contraente: Dichiaro <input type="checkbox"/> non sussiste un esecutore <input type="checkbox"/> sussiste un esecutore del quale fornisco tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui sono a conoscenza					
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto/Titolare Effettivo e l'esecutore è la seguente: <input type="checkbox"/> Nucleo Familiare <input type="checkbox"/> Altro					
Il presente esecutore <input type="checkbox"/> è munito di delega, che si allega alla presente proposta/polizza <input type="checkbox"/> è privo di delega					
INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TITOLARE EFFETTIVO					
Dichiaro sotto la mia responsabilità che: <input type="checkbox"/> non sussiste un titolare effettivo <input type="checkbox"/> sussiste un titolare effettivo del rapporto del quale fornisco tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui sono a conoscenza					
MODALITA' DI ACCREDITO DELLE EVENTUALI PRESTAZIONI RICORRENTI					
<input type="checkbox"/> CON BONIFICO C/O ISTITUTO BANCARIO: AGENZIA/FILIALE:					
CODICE IBAN:					

(*) Vedasi allegato PERSONA FISICA e PERSONA GIURIDICA.

(**) "Esecutore": il soggetto a cui siano conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario. Se trattasi di soggetto non persona fisica, la persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del cliente. Si precisa che per esecutore si intende un soggetto diverso dal Contraente, Assicurato e Legale rappresentante. Ai sensi dell'Articolo 29 del Reg. IVASS 5/2014, il pagamento dei premi assicurativi può essere corrisposto da un soggetto privo di delega se tale versamento rappresenta un obbligo contrattuale. Nel caso di premi/versamenti aggiuntivi non previsti dal contratto, IVASS stabilisce che l'esecutore debba essere in possesso di una delega.

Copia per la Compagnia

Pagina 1 di 6

ASSICURATO - DATI ANAGRAFICI

Cognome		Nome			Sesso	M	F
C.F.	Professione	Data di nascita	Età	Anni	Mesi		
Comune di nascita		Provincia di nascita	Stato di nascita				
Cittadinanza	Cittadinanza	Telefono					
Indirizzo di residenza: via, numero civico							
C.A.P. di residenza	Località di residenza			Provincia di residenza			
GESTIONE SDD (da non utilizzare per tariffe a premio unico)							
Indicazione del conto corrente da addebitare intestato al Contraente							
Banca				Agenzia			
IBAN				Gestione SDD:			
				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	

SCOPO, NATURA DEL RAPPORTO E ORIGINE DEI FONDI

Risparmio
 Previdenza
 Protezione
 Investimento

Indicare obbligatoriamente l'origine dei fondi

Stipendio
 Patrimonio personale
 Altro specificare _____

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

<input type="checkbox"/> good job (premio unico) Mod. 8.970 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Taboo Mod. 8.964 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Zurich Progetto Mod. 8.338 Tariffa.....
<input type="checkbox"/> Zurich Target Mod. 8.351 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> IO DECIDO (rendita) Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> TCM Gruppo Agenti Zurich Convenzione 0222283 Tariffa 550G
<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....
<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....
Decorrenza	Durata	Scadenza
<input type="checkbox"/> Premio di ingresso (solo per PUR) Euro.....	<input type="checkbox"/> Premio lordo di rata Euro.....	<input type="checkbox"/> Premio annuo di tariffa Euro.....
Frazionamento prima rata		Frazionamento rate successive
<input type="checkbox"/> Capitale assicurato / Rendita Euro.....		<input type="checkbox"/> Frazionamento rendita
<input type="checkbox"/> MALATTIA GRAVE Capitale assicurato Euro.....	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARE INFORTUNI Capitale assicurato Euro.....	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARE INVALIDITA'

Beneficiari caso vita (ove è previsto)

Beneficiario generico _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

* Ai sensi dell'Art.13 del Reg. IVASS 5/2014, il Contraente dichiara la relazione con il Beneficiario designato. La relazione tra il Contraente/Titolare Effettivo ed il Beneficiario si intende nella categoria familiare ove il Beneficiario sia coniuge, convivente, padre, madre, figlio o figliastro o qualsiasi altra persona che conviva nella stessa unità familiare del Contraente/Titolare Effettivo.

Beneficiari caso morte

Beneficiario generico _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro

Cod. Fisc.

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ % del Beneficio: _____, _____

* Ai sensi dell'Art.13 del Reg. IVASS 5/2014, il Contraente dichiara la relazione con il Beneficiario designato. La relazione tra il Contraente/Titolare Effettivo ed il Beneficiario si intende nella categoria familiare ove il Beneficiario sia coniuge, convivente, padre, madre, figlio o figliastro o qualsiasi altra persona che conviva nella stessa unità familiare del Contraente/Titolare Effettivo.

Modalità di pagamento del premio - Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all' Intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.
- nel caso di reimpiego proveniente dalla liquidazione della/e polizza/polizze n. _____

(ove è previsto)

Assicurando: Cognome e Nome Data di nascita

Professione

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando pratica sports pericolosi? (es. freeclimbing, alpinismo, sub, parapendio, paracadutismo, etc.) SI Se SI specificare: Quali? Prende parte a gare o competizioni sportive?
Come professionista o come dilettante? NO

L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es. contatti con: materie venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI Se SI specificare: Quali?
 NO

L'Assicurando guida con continuità autocarri o autotreni? SI
(specificare la merce trasportata) NO

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio - garanzia CASO MORTE

1. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc. o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (salvo per appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, chirurgia estetica, parto, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi o legamenti, fratture di arti, estrazioni dentali, deviazione del setto nasale, alluce valgo)? SI Se SI specificare: Per quali cause - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

2. Ha sofferto o soffre di malattie:

- dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

IN CASO DI IPERTENSIONE DICHIARI I VALORI PRESSORI:

- dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato genito-urinario? (nefriti, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo o disturbi genitali) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato muscolo-scheletrico? (artriti, artrosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, parestesi, paralisi, tumori, nevrosi, ansia, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema endocrino metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, linfomi altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema immunitario? (artrite reumatoide, sindrome di Sjogren, positività ad HIV, etc.) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

3. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti o di alcolici oppure ha in questo momento patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Da quanto tempo - Quantità giornaliera -
 NO
Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

4. Fa o ha fatto uso di tabacco? SI Se SI specificare: Da quanti anni - Quantità giornaliera -
 NO
 SI Da quanti anni _____

5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche od esami ematochimici (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonoscopia, ECG) che abbiano dato esiti fuori dalla norma? Oppure è in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari? SI Se SI specificare: Quali - Diagnosi
 NO

6. Dichiaro: altezza e peso attuali: cm. Kg.

Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE

7. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, tumore, diabete, malattie renali o malattie ereditarie prima dell'età di 65 anni? SI Se SI specificare: Quali - Grado di parentela - A che età - Presenza in vita (SI/NO)
 NO

8. Assume abitualmente medicinali? SI Se SI specificare: Quali - Da quanto tempo - Per quale motivo
 NO

9. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. Min.

Il sottoscritto Assicurando:

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 assumo 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

L'Assicurato autorizza, delega e conferisce mandato alla Società ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in suo nome e per suo conto, anche nell'interesse della Società e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e sensibili (così come definiti dal D.lgs 196/2003 e s.m.) ai fini della liquidazione della prestazione in caso di decesso prevista dal Contratto. Proscioglie, altresì, dal segreto professionale tutti i medici e il personale sanitario alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, dopo il verificarsi del decesso, la Società o i Beneficiari, si rivolga al fine di ottenere informazioni necessarie per la corretta liquidazione della prestazione in caso di decesso.

.....
Luogo e data di compilazione



.....
Firma (leggibile) dell'Assicurando

Revoca della proposta o recesso del contratto

Il contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata all'Impresa con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. L'Impresa rimborsa quindi al contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle eventuali di spese di emissione previste dal contratto.

Il sottoscritto Contraente:

1. Prende atto che il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.
L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
2. **Dichiara** che, prima della sottoscrizione del modulo di proposta, ha ricevuto e accettato integralmente i seguenti documenti nelle rispettive edizioni in vigore alla data di sottoscrizione del modulo di proposta:
 - I. il Documento contenente le informazioni chiave (se previsto)
 - II. il FASCICOLO INFORMATIVO composto da: a) Scheda sintetica (quando richiesta dalla normativa in vigore)
 - b) Nota informativa - c) Condizioni contrattuali - d) Regolamento della gestione separata (quando prevista)
 - e) Modulo di proposta
3. **Dichiara di aver ricevuto** e preso visione del progetto esemplificativo personalizzato (quando previsto).
4. Consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, **dichiara** che i dati identificativi del titolare del rapporto/dell'operazione riprodotti negli appositi campi della presente proposta corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente all'eventuale titolare effettivo del rapporto/dell'operazione.

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

ATTENZIONE: VIETATO PER L'INTERMEDIARIO INCASSARE SU PROPOSTA

Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

Io sottoscritto/a, presto il mio consenso alla trasmissione in formato elettronico della documentazione e delle comunicazioni relative al presente contratto che progressivamente verranno rese disponibili in tale formato. A tal fine, fornisco un indirizzo e-mail esistente, abilitato alla ricezione di messaggistica e non appartenente all'intermediario assicurativo, impegnandomi a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni eventuale variazione al riguardo.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIRIZZO E-MAIL _____

Nome e Cognome/denominazione _____

Data e Firma _____

Contraente _____ → _____

Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dall'Assicurato e dal Beneficiario, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa all'Assicurato/Beneficiario alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data _____ Firma (leggibile) del Contraente* _____

Data _____ Firma (leggibile) dell'Assicurato
(quando non sia lo stesso Contraente) _____

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (a) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a corsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data _____ Firma (leggibile) del Contraente* _____

* in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO Valutazione ai sensi del D.lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni

Valutazione dell'intermediario:

- A Reticenza nel fornire le informazioni richieste
- B Poca trasparenza della struttura di controllo
- C Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica
- D L'interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabile
- E Comportamento che non denota anomalie

Luogo e data di compilazione _____

Firma (leggibile) dell'Intermediario _____

Sezione A

Codice Prevalente Attività Svolta
(Persona fisica)

01 Non Comunicato	24 Paramedici
02 Agricoltore-Allevatore	25 Notai, Avvocati
03 Artigiano	26 Commercialisti e Ragionieri
04 Commerciante	27 Ing., Arch., Geom., Periti
05 Rappresentante	28 Agenti, Mediatori, Intermediari
06 Imprenditore	29 Funzionario
07 Operaio	30 Magistrato
08 Dirigente	31 Militare-Ufficiale di Alto Livello
09 Impiegato	32 Militare Semplice
10 Insegnante	33 Artista
11 Giornalista-Pubblicista	34 Sportivo Professionista
12 Libero Professionista	35 Amministratore di stabili
13 Autotrasportatore	36 Collaboratore
14 Vigile	37 Alta Dirigenza Statale
15 Casalinga	38 Membro Corte dei Conti
16 Pensionato	39 Membro Cda delle Banche Centrali
17 Studente	
18 Politico-Diplomatico	
19 Politico-Parlamentare	
20 Gestore di Immobili/Patrimoni	
21 Consulente	
22 Disoccupato	
23 Medici e Farmacisti	

Codice Prevalente Attività Svolta
(Persona giuridica)

01 Industria
02 Commercio
03 Credito e Finanza
04 Ente pubblico
05 Impresa Artigiana
06 No Profit
07 Altro

Sezione B

Codice Tipo Società
(Persona giuridica)

01 Società di Capitali - Spa	13 Società coop. a resp. lim.
02 Società di Capitali - Srl	14 Ditta individuale
03 Società di Capitali - Saa	15 Società anonima straniera
04 Società di persone - Semplice	16 Associazione temporanea d'impresa
05 Società di persone - Snc	17 Raggruppamento temporaneo d'impresa
06 Società di persone - Sas	18 Impresa familiare
07 Associazione	19 Piccola società coop. a resp. illim.
08 Condominio	20 Piccola società coop. a resp. lim.
09 Consorzio	21 Società coop. a resp. illim.
10 Fondazione	22 Società a resp. lim. a socio unico
11 Cooperativa	23 Società consortile
12 Polisportiva	

Allegato 1: Lista Paesi

Afghanistan	Guinea-Bissau	Russian Federation
Algeria	Haiti	Rwanda
Angola	Honduras	Sierra Leone
Bangladesh	India	Somalia
Benin	Iran	South Sudan
Bolivia	Iraq	Sri Lanka
Bosnia And Herzegovina	Kenia	Sudan
Burkina Faso	Korea, North	Swaziland
Burundi	Kyrgyzstan	Syria
Cambodia	Laos	Tajikistan
Cameroon	Lebanon	Tanzania
Central African Republic	Liberia	Togo
Chad	Lybia	Trinidad and Tobago
China	Madagascar	Tunisia
Comoros	Malawi	Turkmenistan
Congo Dem Rep.	Mali	Uganda
Congo Rep.	Mauritania	Ukraine
Cote D'Ivoire	Mozambique	Uzbekistan
Cuba	Myanmar	Venezuela
Djibouti	Nepal	Viet Nam
Egypt	Nicaragua	Western Sahara
Eqyatorial Guinea	Niger	Yemen
Eritrea	Nigeria	Zambia
Ethiopia	Pakistan	Zimbabwe
Gambia	Palestine	
Guinea	Philippines	

P.E.P. “persone politicamente esposte”: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) **sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:**
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) **sono familiari di persone politicamente esposte:** i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) **sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:**
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

TITOLARE EFFETTIVO

Titolare Effettivo (Rif. Art. 1, co 2, lett. u D.Lgs 231/2007)

Per titolare effettivo s'intende:

- a) **in caso di società:**
 - 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazioni conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
 - 2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;
- b) **in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:**
 - 1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
 - 2) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - 3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale E 164.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3/1/08 al n. 1.00027 Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953

(G.U. 3.2.1954 n. 27)

Indirizzo PEC: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it - www.zurich.it



06.2018

