

Taboo

Contratto di assicurazione sulla vita Temporanea per il caso di morte

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

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 da ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione della polizza.

Il Contraente ha l'obbligo di consegnare 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 sulla Società 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 408.190.896 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 164.000.000;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 232.258.898;
- la parte relativa agli utili portati a nuovo è pari a euro 11.640.167.

L'indice di solvibilità 1,16 riferito alla gestione vita, rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile pari a 348,4 milioni di euro e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente pari a 300,9 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.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa ad esclusione di particolari circostanze dettagliatamente specificate all'articolo 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 decesso risulterà limitata come specificato dall' art. 3 delle Condizioni contrattuali.***

Prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave dell'Assicurato

La Società si impegna a pagare all'Assicurato il capitale assicurato, 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.

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.**

Si raccomanda di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni relative alla compilazione del questionario anamnestico contenute nel modulo di proposta.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Società che possono anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione.

L'Intermediario assicurativo non può assumere anche qualifica di Beneficiario o vincolatario o creditore pignoratorio 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
8.964 – 06.2016

sono da corrispondere unitamente e con lo stesso frazionamento del premio per la garanzia caso morte.

I premi possono essere pagati:

- 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.

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.

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).

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

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili.

C. Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Costi di frazionamento

per tariffe a premio annuo	%
semestrale	1,50
trimestrale	2,50
mensile	3,50
- % applicate su ogni rata di premio	

Caricamenti

Caricamenti	Aliquota %	importo fisso
per Capitali Iniziali fino a 300mila euro		euro 40,00
per Capitali Iniziali oltre 300mila		euro 20,00
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		

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.

=====

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

6.1.2 Costi per riscatto

Il contratto non prevede la facoltà di riscatto.

6.1.3 Costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede erogazione di rendita.

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili.

7. Sconti

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.

8. 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

a) 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

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 6 "Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione" delle Condizioni contrattuali per le modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

In caso di mancato pagamento dei premi, per le tariffe a premio annuo, entro 30 giorni dalla scadenza della rata dovuta, il contratto si risolve e i premi restano acquisiti alla Società.

L'assicurazione può essere riattivata entro 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, versando gli importi arretrati aumentati degli interessi previsti dallo specifico articolo delle Condizioni contrattuali "Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto".

La Società si riserva comunque di subordinare la riattivazione alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli art. 10 e11 del Condizioni contrattuali.

11. Riscatto e riduzione

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

12. Revoca della proposta

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

- lettera raccomandata A.R. a: **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Claims & UW - Ufficio Life Underwriting - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;**
- PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "revoca della proposta", a: **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.

13. 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 Claims & UW - Ufficio Life After Sales - 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 corrisposto.

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

Per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni da effettuarsi da parte della Società dovrà essere preventivamente consegnata tutta la documentazione prevista 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 Claims & UW - Ufficio Life Claims - 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**

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

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 richiesti 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.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

16. Lingua

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

17. Reclami

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

- **Alla Compagnia**

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

I reclami devono 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.

La Compagnia, ricevuto il reclamo, deve fornire risposta entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal reclamante.

I reclami devono essere inviati per iscritto a:

ZURICH INVESTMENTS LIFE S.p.A.

Ufficio Gestione Reclami

Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano Fax numero: 02.2662.2243

E-mail: reclami@zurich.it

o **tramite il sito internet della Compagnia www.zurich.it** dove, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.

● **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 Compagnia, 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 Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

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

I.V.A.S.S.

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

Fax numero: 06.421.33.353/745

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 della Compagnia 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 esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni 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.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile al sito www.e.europa.eu/fin-nete) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Compagnia, 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.

18. Informativa in corso di contratto

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

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

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

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.

20. 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. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nella presente Nota informativa sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante - tar. 60E.

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

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 simbro di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

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

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 5.

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.

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

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

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

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

a) tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliometite 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;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al decesso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, verrà applicato un periodo di carenza pari a 5 anni. Tale periodo di carenza non verrà applicato qualora l'Assicurato produca alla Società il test HIV e il risultato sia 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 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.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

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 6

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 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.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

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.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva di applicare quanto previsto all'art.1926 del C.C. In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

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 ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata 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.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12 Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14 Beneficiari

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 a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Nei casi previsti dai punti (a), (b) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente 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 liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

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 assicurate in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurate possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- 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 16

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 17 Imposte

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

Articolo 18

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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 19

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il Contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

Articolo 20

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 21

Modifiche contrattuali

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

***Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico - tar. 601E.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

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 simple 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.

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 5.

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.

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

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

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

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

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

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al decesso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni. Tale periodo di carenza non verrà applicato qualora l'Assicurato produca alla Società il test HIV e il risultato sia 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.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

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 6

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 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.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

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.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al consumo di tabacco.

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

Articolo 9

Modifica di professione o attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 del C.C. In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 11

Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 12 Beneficiari

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 a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Nei casi previsti dai punti (a), (b) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente 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 liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

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 Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 13

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- 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.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata sopra, la Società 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. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 14

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 15 Imposte

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

Articolo 16

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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 17

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il Contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

Articolo 18

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 19

Modifiche contrattuali

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 60D.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

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.

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

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 5.

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.

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

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

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

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

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, 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;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni. Tale periodo di carenza non verrà applicato qualora l'Assicurato produca alla Società il test HIV e il risultato sia 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 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.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

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 6

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 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.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

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.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o di attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

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 ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata 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.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12 Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14

Beneficiari

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 a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Nei casi previsti dai punti (a), (b) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente 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 liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

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 assicurate in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurate possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- 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.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata sopra, la Società 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. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 16

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 17 Imposte

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

Articolo 18

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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 19

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto

corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il Contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

Articolo 20

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 21

Modifiche contrattuali

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

***Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 60DM.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

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 simolo di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

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

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 5.

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

Il capitale assicurato, come stabilito nel simolo 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.

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

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

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

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

a) tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, 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, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni. Tale periodo di carenza non verrà applicato qualora l'Assicurato produca alla Società il test HIV e il risultato sia 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.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

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 6

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 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.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

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.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di attività professionale dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva di applicare quanto previsto all'art.1926 del C.C. In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

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 ed i premi pagati restano acquisiti alla Società. 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 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata 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.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14 Beneficiari

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 a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Nei casi previsti dai punti (a), (b) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente 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 liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

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 assicurate in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurate possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- 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.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata sopra, la Società 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. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 16

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 17 Imposte

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

Articolo 18

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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 19

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato. Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

Articolo 20

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 21

Modifiche contrattuali

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

***Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico - tar. 601D.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

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 simolo 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.

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 5.

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

Il capitale assicurato, come stabilito nel simolo 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 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.

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

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

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

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

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

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

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

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni. Tale periodo di carenza non verrà applicato qualora l'Assicurato produca alla Società il test HIV e il risultato sia 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.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

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 6

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 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.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

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.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o di attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva di applicare quanto previsto all'art.1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

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 ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata 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.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14 Beneficiari

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 a Zurich per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Nei casi previsti dai punti (a), (b) che precedono, il Recesso, il Riscatto Totale o il Riscatto Parziale, la costituzione di pegno, vincolo e cessione del Contratto richiedono il consenso scritto del/i Beneficiario/i.

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

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.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) Zurich farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente 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 liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

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 assicurate in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurate possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- 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 16

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 17 Imposte

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

Articolo 18

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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 19

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il Contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

Articolo 20

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 21

Modifiche contrattuali

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

***Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante - tar. 578E (applicabile alle sole tariffe 60E - 60D - 60DM).

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

Facoltà di abbinamento

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

Articolo 2

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato, qualora venga diagnosticata ed accertata a carico dell'Assicurato, entro la durata del presente contratto, una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi dell'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata".

Il diritto alla corresponsione del capitale assicurato, secondo quanto previsti all'articolo 5 matura dopo trenta giorni dalla data di insorgenza della malattia grave.

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

Il valore del capitale assicurato è indicato in polizza.

Articolo 3

Durata del contratto e rinnovo dell'Assicurazione

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

L'assicurazione può essere, di volta in volta, rinnovata con la stessa regola per un ulteriore periodo di durata, purchè 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, purchè 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 danno neurologico 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 verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.

Articolo 11 Premio

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

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

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

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

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

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 12

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve da

parte della Società, la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione dell'accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato in polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 13

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

Articolo 14

Diritto di recesso

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

Parte III - Regolamentazione nel corso del contratto

Articolo 15

Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto

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

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

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

Articolo 16

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art 13 "Interruzione pagamento dei premi: risoluzione del contratto" può essere riattivata contestualmente all'assicurazione per il caso di morte entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Parte IV - Pagamenti della Società

Articolo 17

Denuncia della malattia grave

Qualora all'Assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra quelle riportate all'articolo 7, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata A.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Articolo 18

Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione aggiuntiva, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché
- a fornire ogni ulteriore documentazione necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

Articolo 19

Accertamento e liquidazione della malattia grave

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, richiesta a norma dei precedenti articoli 15 e 16 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 caso di 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 del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'Assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera. I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente;

- se il Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che il Contraente non ha lasciato testamento:
 - atto notorio redatto da un notaio
oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000;
- se il Contraente ha lasciato testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno;
- se la designazione del beneficio sia stata fatta dal Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio
oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

- nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che:
 - (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;
 - (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;
 - (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

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

- nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio
oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

La documentazione elencata viene richiesta da la Società compatibilmente con quanto previsto dalle norme di legge applicabili.

In caso di necessità, o in presenza di situazioni di fatto che impongano particolari esigenze istruttorie, la Società può richiedere ulteriore documentazione probatoria. Le spese relative all'acquisizione della documentazione suddetta sono direttamente a carico dei Beneficiari.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 21

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 22 Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

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.L.vo 206 del 2005 e smi), 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. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, 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, Zurich pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica.

Prima di avviare la procedura di restituzione di cui all'articolo 23, comma 1-bis, Zurich dovrà contattare il Contraente, mediante comunicazione scritta, al fine di accertare la possibilità di completare agevolmente l'adeguata verifica entro 60 giorni dall'invio della stessa.

Nell'ipotesi in cui Zurich non ottenga l'indicazione delle coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico di restituzione entro 60 giorni dalla comunicazione scritta, provvederà a trattenere le disponibilità finanziarie del Contraente su un conto infruttifero.

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

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto, dandone tempestiva comunicazione per iscritto, nel caso di:

- cambiamenti nella legislazione applicabile ai prodotti assicurativi, ai contratti sulla vita e in generale al Contratto, che richiedano modifiche o integrazioni del Contratto medesimo; e
- cambiamenti al regime fiscale applicabile al Contratto, a Zurich, ovvero agli strumenti finanziari sottostanti il contratto che abbiano un impatto sull'esecuzione del Contratto medesimo.

**Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco**



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Condizioni contrattuali

Contratto di assicurazione 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 simlo 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 simlo 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:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) 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;
- c) 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;
- d) le lesioni (esclusi infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- e) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- f) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- g) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- h) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- i) 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:

- 1) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;

- 2) 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;
- 3) 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;
- 4) 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:

- a) *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;*
- b) *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;*
- c) *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);*
- d) *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;*
- e) *gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;*
- f) *gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;*
- g) *gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;*
- h) *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

- a) *in caso di mancato pagamento, cessazione o esonero per qualsiasi causa, del pagamento dei premi dell'assicurazione vita;*
 - b) *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. Paolo Penco***



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016.

Informativa ex art. 13 D.Lgs n. 196/2003 Codice in materia di trattamento dei dati personali

Gentile Cliente,

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

1. Finalità assicurative e contrattuali

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

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

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

Con il Suo consenso espresso, libero e facoltativo, i Suoi dati personali potranno altresì essere trattati dalla nostra Società,

(i) per finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta di prodotti o servizi offerti direttamente dalla nostra Società o da soggetti terzi.

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

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

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

3. Modalità di trattamento dei dati

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

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

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

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

4. Titolare del Trattamento

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

5. Ambito di comunicazione e diffusione

- 5.1** Con riferimento alla finalità di trattamento assicurative di cui al precedente paragrafo 1, i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle categorie di soggetti indicate in nota, i quali potranno agire, a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento³.
- 5.2** Con riferimento alla finalità di trattamento di cui al precedente paragrafo 2, con il Suo consenso espresso, libero e facoltativo, alcuni dei Suoi dati personali potranno essere comunicati alle categorie di soggetti terzi indicati in nota⁴.
- 5.3** I Suoi dati personali non saranno in nessun caso diffusi.
- 5.4** I suoi dati potrebbero essere trasferiti all'estero altresì in stati extra europei.

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

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

³ (i) Assicuratori, coassicuratori (ii) agenti di assicurazione, mediatori di assicurazione (iii) banche, Società di intermediazione mobiliare (SIM), intermediari finanziari;

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

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

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.

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 inesquestrabilità

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

Imposta sostitutiva

8.964 – 06.2016

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

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.

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.

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 abbinare altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso

Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Rendita vitalizia immediata in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento immediato al Beneficiario di una rendita vitalizia da corrispondere finché il Beneficiario è in vita.

Altre prestazioni e garanzie

Garanzia complementare infortuni

Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Rendita vitalizia in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, pagamento di una rendita vitalizia da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità, finché l'Assicurato è in vita.

Unità di misura legali: ai sensi del Decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 29/10/2009 (in attuazione della Direttiva 2009/3/CE) l'unità di misura temporale base è il "secondo" e quelle derivate il "minuto", l' "ora" e il "giorno". Pertanto laddove siano menzionate unità di misura temporali quali l' "anno" o il "mese", il riferimento alle stesse andrà inderogabilmente inteso rispettivamente a "365 giorni" e "30 giorni".

**Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco**



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1 giugno 2016



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 Si, TIN/ GIIN:					
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Se Si: 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)					
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 28/12/2005 in attuazione della Legge 28 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. 231/2001 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					
Se "Persona Politicamente Esposta" (P.E.P. *) indicare l'origine dei fondi <input type="checkbox"/> Stipendio <input type="checkbox"/> Patrimonio personale <input type="checkbox"/> Altro specificare _____					
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 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:					

(*) Vedere retro per Istruzioni Compilazione 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.

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			
G E S T I O N E S D D (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"/>					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO										
<input type="checkbox"/> Zurich Invest (premio unico) Mod. 8.0036 Tariffa.....			<input type="checkbox"/> Zurich Replay Plus (premio unico) Mod. 8.0037 Tariffa.....			<input type="checkbox"/> good job (premio unico) Mod. 8.970 Tariffa.....				
<input type="checkbox"/> TRACCIA (premio annuo) Mod. 8.953 Tariffa.....			<input type="checkbox"/> Zurich Grandi Pass. (premio annuo) Mod. 8.700 Tariffa.....			<input type="checkbox"/> Taboo Mod. 8.964 Tariffa.....				
<input type="checkbox"/> Zurich Progetto Mod. 8.338 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.....				
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

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 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.

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 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.

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.

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 vefeniche, 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 DICHIARARE I VALORI PRESSORI:
 MAX. _____ MIN. _____

- dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, altre malattie e disturbi) SI 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, parest., 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, colonscopia, ECG) che abbiano dato esiti fuori dalla norma? Oppure è in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari? SI Se SI specificare: Quali - Diagnosi
 NO

6. Dichiaro: altezza e peso attuali: cm. Kg.

Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE

7. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, tumore, diabete, malattie renali o malattie ereditarie prima dell'età di 65 anni? SI Se SI specificare: Quali - Grado di parentela - A che età - Presenza in vita (SI/NO)
 NO

8. Assume abitualmente medicinali? SI Se SI specificare: Quali - Da quanto tempo - Per quale motivo
 NO

9. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. Min.

Il sottoscritto Assicurando:

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

Revoca della proposta e 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 di aver ricevuto e preso visione del FASCICOLO INFORMATIVO** composto da:
 - a) Scheda sintetica
 - b) Nota informativa
 - c) Condizioni contrattuali
 - d) Modulo di proposta
 - c₁) Regolamento della gestione separata (quando prevista)
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 al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

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

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

Nome e Cognome/denominazione _____

Data e Firma _____

Contraente _____

Assicurato _____

(se diverso dal Contraente)

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

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

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

Nome e Cognome/denominazione _____

Data e Firma _____

Contraente _____

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

PAGINA NON UTILIZZABILE

Informativa relativa all'accesso all'Area Clienti Riservata

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

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

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

Zurich 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 €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

06.2016 - 8.964

