

INFORMAZIONI GENERALI



Novità di carattere normativo applicabili ai contratti di assicurazione sulla vita ed altre informazioni utili per il contraente

Eventi societari di rilievo

Gli attuali componenti del Consiglio di Amministrazione sono:

- Alessandro Castellano (Presidente)
- Renato Antonini (Amministratore Delegato)
- Bruno Andrea Scaroni (Consigliere)
- Daniela Cester (Consigliere) – con effetto dal 29 aprile 2025
- Mirja Cartia d'Asero (Consigliere)
- Carlo Ambrogio Angelo Maria Favero (Consigliere)
- Ada Ester Giovanna Villa (Consigliere) – con effetto dal 29 aprile 2025.

Gli attuali componenti del Collegio Sindacale sono:

- Salvatore Spiniello (Presidente)
- Paola Maria Maiorana (Sindaco effettivo)
- Stefania Trezzini (Sindaco effettivo)
- Dora Laura Federica Salvetti (Sindaco supplente) – con effetto dal 18 dicembre 2025
- Giuseppe Tinè (Sindaco supplente).

A partire da 29 gennaio 2025, la Zurich Investments Life S.p.A. esercita le funzioni di direzione e coordinamento ai sensi dell'art 2497 del Codice Civile sulla società For Care S.p.A., detenendone il 100% delle partecipazioni.

Prescrizione delle prestazioni contrattuali: termine di estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i limiti 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. In particolare, il termine di prescrizione decorre dalla data del decesso dell'assicurato o dalla scadenza del contratto. Ciò significa che una volta decorsi i dieci anni non è più possibile ottenere la prestazione prevista.

Si rammenta che in caso di mancata richiesta alla Compagnia da parte degli aventi diritto alla prestazione entro i limiti prescrittivi sopra indicati, la Compagnia ha l'obbligo di devolvere le somme non liquidate al "Fondo Rapporti Dormienti" istituito presso la CONSAP.

In accordo con le indicazioni fornite da IVASS, allo scopo di limitare il fenomeno delle **polizze vita c.d. "dormienti"**, ossia quelle polizze che, pur avendo maturato il diritto al pagamento della prestazione, non vengono rimosse dagli aventi diritto, **si raccomanda al contraente di informare i beneficiari circa l'esistenza del contratto** fornendo indicazione dell'impresa con la quale è stato concluso.

Si suggerisce inoltre di indicare in forma nominativa i beneficiari designati, evitando il più possibile il ricorso a formulazioni generiche, come, ad esempio, "eredi legittimi o testamentari, figli nati e/o nascituri, coniuge".

In particolare, a partire **dal 1° gennaio 2019**, come richiesto da IVASS nel Regolamento n 41/2018, è stata prevista nella modulistica l'acquisizione di maggiori dati anagrafici del beneficiario designato in forma nominativa (ad esempio, indirizzo di posta elettronica) e, nei casi in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, anche dei dati di un soggetto terzo ("terzo referente") a cui la Compagnia potrà fare riferimento in caso di sinistro.

Si ricorda, inoltre, che è possibile in qualsiasi momento rivolgersi al proprio intermediario di fiducia per modificare l'indicazione dei beneficiari designati.

Informazioni sulla procedura reclami (informativa predisposta ai sensi dell'art.10 del Regolamento ISVAP n. 24/2008 e successive modifiche ed integrazioni)

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto possono essere presentati alla Compagnia scrivendo a:

- ZURICH INVESTMENTS LIFE S.p.A.
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
E-mail: reclami@zurich.it
PEC: reclami@pec.zurich.it
- o tramite il sito internet www.zurich.it dove, nell'apposita sezione dedicata ai reclami, è predisposto uno specifico modulo per l'inoltro dello stesso.

Alla Compagnia compete anche la gestione dei reclami relativi al comportamento degli Agenti (intermediari iscritti nella sezione A del RUI - Registro Unico degli Intermediari assicurativi) di cui l'impresa si avvale per lo svolgimento dell'attività di distribuzione assicurativa, incluso il comportamento dei dipendenti e collaboratori degli Agenti.

La Compagnia, ricevuto il reclamo, deve fornire risposta entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo, così come previsto dalla normativa vigente.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o non abbia ricevuto riscontro nel termine di legge, può rivolgersi:

- all'IVASS, per i reclami aventi ad oggetto l'osservanza da parte delle imprese di assicurazione e degli intermediari delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private e delle relative norme di attuazione e delle norme del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore. Il reclamo va indirizzato al Servizio Tutela del Consumatore e può essere inviato:
 - via posta ordinaria all'indirizzo via del Quirinale 21, 00187 Roma;
 - via fax al numero 06.42133206;
 - via posta elettronica certificata all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it.

Il modello facsimile da utilizzare per inviare i reclami all'IVASS è disponibile al seguente indirizzo: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.

- alla CONSOB, per i reclami concernenti la corretta redazione del KID dei prodotti di investimento assicurativo e la distribuzione di prodotti di investimento assicurativo da parte di intermediari bancari e finanziari (iscritti in sezione D del RUJ). Il reclamo va indirizzato alla Divisione Tutela del Consumatore - Ufficio Consumer Protection e può essere inviato:
 - attraverso l'apposita procedura online disponibile sul sito della CONSOB;
 - via posta elettronica certificata all'indirizzo consob@pec.consob.it;
 - via posta ordinaria all'indirizzo Via G.B. Martini 3 - 00198 Roma o Via Broletto, 7 - 20121 Milano

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il reclamante 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; ovvero, relativamente alla distribuzione di prodotti di investimento assicurativo per il tramite di intermediari finanziari, avvalersi dell'**Arbitro per le Controversie Finanziarie istituito presso CONSOB**, competente per le questioni attinenti la violazione degli obblighi di diligenza, correttezza, informazione e trasparenza da parte dei soggetti abilitati all'intermediazione assicurativa, che comportino richieste di somme di denaro fino a cinquecentomila Euro. Sono esclusi dall'ambito di cognizione dell'Arbitro per le Controversie Finanziarie i danni che non hanno natura patrimoniale e che non sono conseguenza immediata e diretta dell'inadempimento o della violazione degli obblighi di diligenza, correttezza, informazione e trasparenza. Il ricorso può essere proposto quando sui medesimi fatti oggetto dello stesso non siano pendenti altre procedure di risoluzione extragiudiziale delle controversie;
- la **convenzione di negoziazione assistita** ai sensi del D.L. 132/2014 per controversie relative a una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti cinquantamila euro, fatta eccezione per le controversie nelle quali è prevista la mediazione obbligatoria. Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, ciascuna assistita dal proprio legale, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia;
- l'**arbitrato**, disciplinato dagli artt. 806 e ss. c.p.c., attivabile o in virtù di una clausola compromissoria se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni di assicurazione) o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo tra le parti volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
- l'**Arbitro Assicurativo (AAS)**, disciplinato dal D.M. 215 del 6 novembre 2024 in attuazione dell'art. 187.1 del Codice delle Assicurazioni Private e **operativo a partire dal 15 gennaio 2026**. È possibile avvalersi dell'AAS quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile per controversie, che derivano dal contratto di assicurazione e riguardano l'accertamento di diritti (anche risarcitori), obblighi e facoltà legati alle prestazioni e ai servizi assicurativi, oppure la violazione delle norme del Codice delle assicurazioni sulla distribuzione assicurativa, attraverso ricorso da presentare tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org). Su quest'ultimo è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Si può presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo solo dopo aver presentato reclamo alla compagnia e/o all'intermediario, se non si è ricevuta risposta trascorso il termine di 45 giorni o se si è ricevuta una risposta non soddisfacente.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Il 02/01/2024 è entrata in vigore la **legge 07/12/2023, n. 193 – “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”** che garantisce il **diritto al contraente-assicurato, ai fini della stipulazione o del rinnovo dei contratti assicurativi, di non fornire informazioni né subire indagini** sulle patologie oncologiche di cui in passato ha sofferto e la cui terapia si è conclusa, senza recidive, da più di 10 anni (o 5 se la malattia è insorta prima del compimento dei 21 anni). Per le patologie oncologiche indicate nel Decreto del Ministero della Salute del 22/03/2024 i termini sopraindicati sono ridotti.

Nello specifico, nei casi relativi a patologie oncologiche da cui il contraente-assicurato sia stato affetto e il cui trattamento attivo **si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni** (o 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento del 21° anno o nei termini previsti per le patologie oncologiche indicate nel Decreto del Ministero della Salute del 22/03/2024), la Compagnia:

- a) **non può chiedere informazioni sullo stato di salute del contraente-assicurato;**
- b) **non può applicare al contraente limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi** rispetto a quelli previsti per gli altri clienti;

- c) **non può chiedere al contraente-assicurato di effettuare visite mediche e accertamenti sanitari;**
- d) **non può utilizzare, ai fini della valutazione del rischio, le informazioni sulle passate patologie oncologiche fornite in precedenza.** A tal fine, il contraente-assicurato invierà una certificazione, secondo le modalità e le forme determinate dal Decreto del Ministero della salute del 05/07/2024, e la Compagnia cancellerà le informazioni acquisite.

La Compagnia e gli intermediari devono **fornire informazioni su tale diritto al potenziale contraente-assicurato.**

Al riguardo, si segnala che **l'IVASS, ha emanato il Provvedimento n. 169 del 15 gennaio 2026 che determina le modalità di applicazione della nuova disciplina in materia di oblio oncologico, in attuazione della Legge n. 193/2023.**

Il Provvedimento interviene sull'informativa precontrattuale (Modulo Unico Precontrattuale - "MUP" e Documento Informativo Precontrattuale – "DIP" Aggiuntivo), per adeguare gli obblighi informativi posti a capo dei distributori e delle imprese di assicurazione e introdurre le informazioni sul diritto all'oblio oncologico e sulla certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico. Infine, si specifica che:

- Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.
- Le clausole contrattuali, stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge n. 193/2023, sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto.