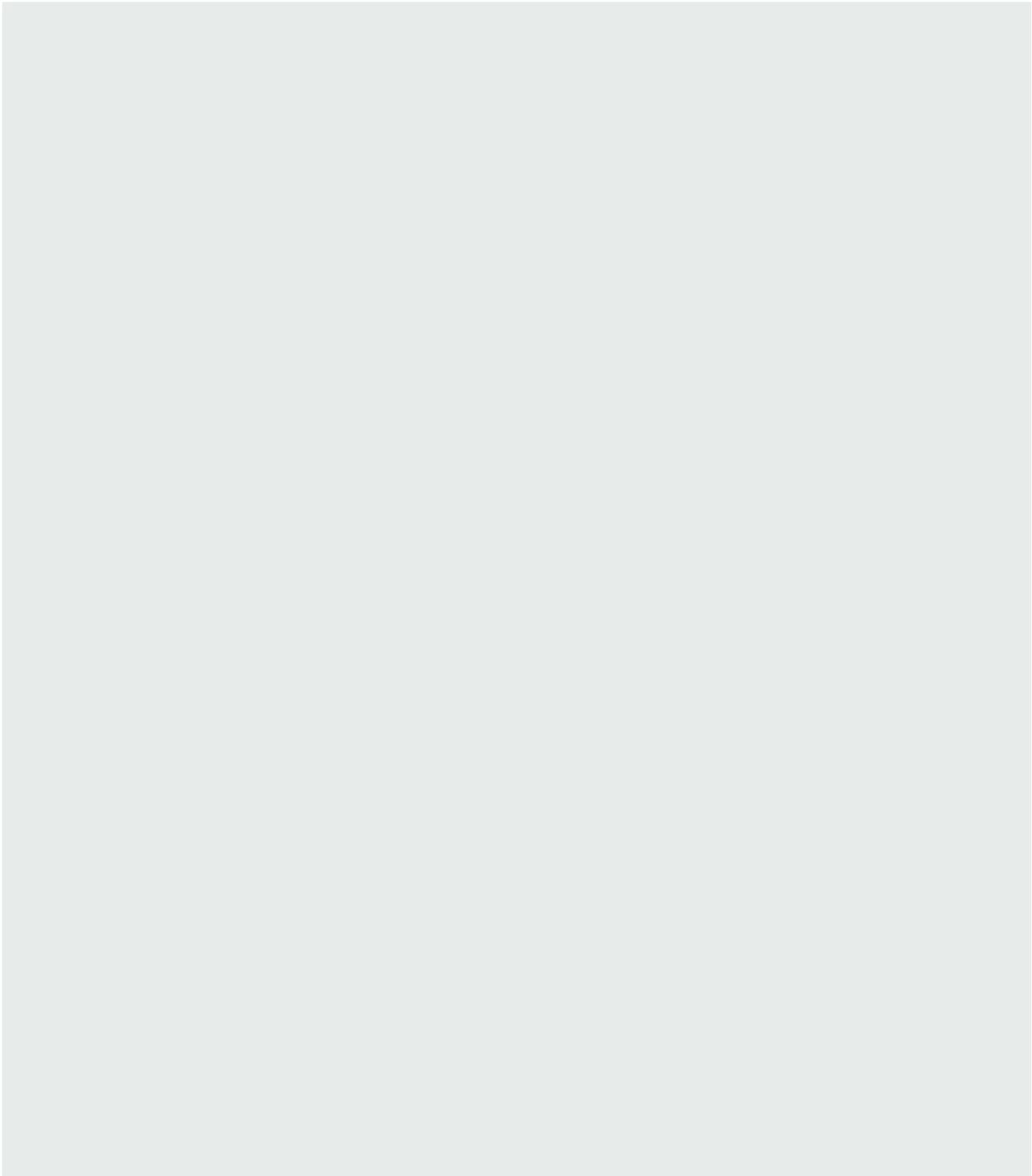


Zurich Board Protection

Contratto di assicurazione sulla vita

Temporanea di gruppo caso morte o caso morte e invalidità

Condizioni Contrattuali



Indice

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte ed invalidità permanente

Informativa Privacy

Glossario

Modulo di proposta

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, assicurazione di gruppo stipulata in tariffa temporanea caso morte, e in relazione a ciascuna posizione individuale in esso presente, la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto il pagamento del relativo capitale assicurato indicato nella polizza elenco, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato si verifichi durante il periodo di copertura.

Il periodo di copertura è da intendersi:

- per la durata di 1 anno, relativamente alle posizioni assicurate alla data di decorrenza del contratto e successivamente ad ogni ricorrenza annuale;
- con la frazione di anno successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso.

La prestazione di ciascuna posizione individuale è garantita sempre che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio annuo.

Il contratto presuppone le seguenti condizioni:

- un unico Contraente;
- un gruppo omogeneo di Assicurati (ad esempio tutti i membri di un consiglio di amministrazione, tutti i Soci);
- la determinazione del capitale assicurato su ogni testa in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli;
- Il capitale massimo assicurabile per ogni testa non potrà superare 1.000.000,00 di Euro.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo con età compresa tra i 18 e i 75 anni; l'assicurazione non è rinnovabile per assicurati che abbiano superato il 75° anno di età.

L'assicurazione si assume, di norma, in base allo stato di salute degli Assicurati con le modalità assuntive indicate dalla Società. La Società si riserva il diritto di richiedere particolari documentazioni o accertamenti sanitari. Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

L'Assicurato all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione autorizza, delega e conferisce mandato a Zurich ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in loro nome e per loro conto, anche nell'interesse di Zurich e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione del capitale assicurato prevista dal contratto.

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

Articolo 2

Struttura del contratto, ingresso e permanenza in assicurazione

2.1 Struttura del prodotto

La Società rilascerà al Contraente, in base ai dati e ai documenti da essa forniti, l'elenco degli Assicurati con l'indicazione per ciascuno dei capitali assicurati e dei premi da pagare. Ad ogni scadenza annuale verrà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ogni Assicurato del premio dovuto, calcolato in base all'età raggiunta.

La Società si impegna a pagare in caso di morte dell'Assicurato il capitale indicato nella polizza-elenco.

2.2. Ingresso e permanenza in assicurazione

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Assicurato avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda o dalla data in cui l'Assicurando entra a far parte della Categoria assicurata, sempre che, entro 10 giorni da tale data, il Contraente faccia apposita comunicazione scritta alla Società.

Qualora la suddetta comunicazione venga fatta successivamente, l'ingresso in assicurazione del nuovo Assicurato avviene dalle ore 24 della data di invio della comunicazione del Contraente alla Società.

La garanzia assicurativa è operativa a condizione che venga pagato il premio entro trenta giorni dalla data di emissione dell'appendice della polizza-elenco e decorre dalle ore 24 della data di avvenuta accettazione della Società.

Nel caso la risoluzione avvenga in corso d'anno la Società provvederà a restituire l'eventuale rateo di premio versato, calcolato in proporzione al periodo di mancata esposizione al rischio, a condizione che il Contraente comunichi per iscritto alla Società l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro dall'Assicurato entro 30 giorni dalla data di risoluzione del rapporto lavorativo stesso.

Qualora tale comunicazione fosse inviata successivamente, il calcolo del rateo di premio sarà conteggiato dalla data di invio della comunicazione e non dalla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato.

Articolo 3

Sinistro che colpisca più persone

L'assicurazione comprende il sinistro di morte che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato.

Detto importo andrà suddiviso in base al numero delle persone colpite da sinistro ed in proporzione ai singoli capitali assicurati.

Articolo 4

Esclusioni dalla garanzia

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti 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;**
- **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 nel primo anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto e cronico.**

In questi casi, i premi versati restano acquisiti alla Società.

Articolo 5

Premio

Il premio annuo di assicurazione per ogni Assicurato viene determinato alla data di decorrenza o successivamente annualmente alla ricorrenza della stessa, con riferimento al sesso, all'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale assicurato.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno verranno stabiliti ratei di premio riducendo il premio annuo dovuto in proporzione alla durata della copertura.

Per le uscite in corso d'anno non dipendenti da morte dell'Assicurato verrà rimborsato il rateo di premio, determinato mediante riduzione, proporzionale al periodo di mancata esposizione al rischio, del premio corrisposto.

5.1 Costi gravanti sul premio

Caricamenti	Aliquota %	Importo
in misura fissa per ogni posizione individuale		Euro 1,00
in % sul premio annuo*	35%	

*% da applicare al premio annuo dedotto l'importo fisso

Il costo della visita medica è sostenuto totalmente dal Contraente.

Articolo 6

Durata del contratto

Il contratto ha durata non inferiore a 5 anni, salvo specifici accordi di deroga tra Contraente e Società, e si rinnova automaticamente alla ricorrenza per periodi della durata di un anno, salvo disdetta da parte della Società o del Contraente a mezzo lettera raccomandata, da comunicarsi almeno 3 mesi prima della scadenza.

Parte II - Conclusione del contratto

Articolo 7 Conclusione del contratto e decorrenza degli effetti

Articolo 7.1 Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e 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.

Articolo 7.2 Decorrenza degli effetti del contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 00:00 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 8

Oneri a carico del Contraente

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione di ciascun Assicurato le condizioni contrattuali, comprensive dell'informativa privacy, fornite dalla Società.

A tal fine la Società si impegna a fornire al Contraente il materiale contrattuale in vigore nonché a comunicare e rendere disponibili tempestivamente eventuali modifiche e/o variazioni delle stesse.

Articolo 9

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

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

Parte III - Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 11

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la risoluzione del contratto.

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

Parte IV - Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 12

Beneficiari

12.1 Designazione dei Beneficiari

Il Contraente designa il/i Beneficiario/i del presente contratto.

E' prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi il/i Beneficiario/i del presente contratto che saranno, salva sua espressa diversa volontà, designati in forma nominativa: la designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA

italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

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

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

L'Assicurato potrà inoltre escludere l'invio delle comunicazioni relative al presente contratto al/i Beneficiario/i designato/i in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato, ovvero modificare le scelte effettuate.

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 e dall'Assicurato se ne ha facoltà, in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che l'Assicurato 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;
- (ii) da parte degli eredi al decesso dell'Assicurato; e
- (iii) 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 (i), (ii) 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.

12.2 Designazione di più di un Beneficiario

Qualora l'Assicurato **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.

12.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

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

12.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 12.1 Designazione dei Beneficiari, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:

Nel caso del precedente articolo 12.2: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto

Nel caso del precedente articolo 12.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 13

Pagamenti della Società

Per richiedere la liquidazione delle somme dovute in base al contratto, è necessario presentare a Zurich una richiesta di pagamento a cui devono essere allegati tutti i documenti elencati di seguito. Zurich può richiedere ulteriori documenti, come meglio specificato alla lettera E) richiesta di ulteriore documentazione probatoria. La data di ricezione della richiesta di pagamento coincide con quella di ricevimento da parte di Zurich, oppure con la data di ricezione da parte dell'intermediario, se antecedente.

Le richieste di pagamento presentate con documentazione incompleta o mancanti delle necessarie autorizzazioni potrebbero prolungare i tempi di liquidazione.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

- nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'Assicurato;
- nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- numero di Polizza (se conosciuto);
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. normativa DAC2 e CRS);
- dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

L'Assicurato per sé e per conto degli aventi diritto prende atto che i contenuti della richiesta di pagamento potrebbero variare nel corso della durata del Contratto, anche a seguito di variazione alle norme applicabili allo stesso.

Per facilitare i Beneficiari, Zurich mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un facsimile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

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

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Certificato del medico di base con anamnesi e data della diagnosi di tutte le patologie.

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

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 3 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

- atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale

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

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

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dall'Assicurato 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
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché Zurich ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

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

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio
- 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.

Nel caso in cui il capitale in caso di decesso risulti superiore a 200.000 euro il Beneficiario o i suoi eredi dovranno inviare obbligatoriamente l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

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

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

Zurich, in forza del mandato ricevuto dall'Assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha titolo di chiedere il rimborso dei costi eventualmente sostenuti per il reperimento della documentazione medica di cui alla precedente lettera C. Tali costi saranno trattenuti a titolo di spese dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

Se i Beneficiari hanno trasmesso tutta la documentazione prevista operano i seguenti termini: in caso di esito positivo della valutazione svolta sulla completezza e correttezza della documentazione ricevuta e verificata l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, Zurich eseguirà il pagamento delle prestazioni entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della richiesta di pagamento, purché completa di tutta la documentazione richiesta.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano:

- trasmesso a Zurich la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso; oppure
- sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura a Zurich.

Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata ai precedenti punti A), B), D) del presente articolo 11 e, relativamente alla lettera C del presente articolo 11 dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura a Zurich.

Entro i limiti di tempo sopra specificati Zurich potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla precedente lettera E. In tal caso Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato.

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

Parte V - Legge applicabile, fiscalità e tutela della privacy

Articolo 14

Consenso trattamento dati assicurati

Il Contraente si impegna, in base a quanto previsto dall'Informativa privacy in vigore al momento della sottoscrizione del contratto, a consegnare l'informativa privacy della Società ad ogni Assicurato che sarà inserito in polizza. Inoltre, se è previsto il trattamento dei dati particolari degli assicurati (questionario sanitario), il Contraente si impegna a raccogliere e trasmettere alla Società il consenso degli assicurati al trattamento dei dati stessi.

Articolo 15

Imposte

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

Articolo 16

Legge applicabile, controversie, mediazione e foro competente

Il presente contratto è disciplinato dalla legge italiana.

Per quanto non è espressamente regolato in questo Contratto valgono le norme della legge italiana in materia.

Tutte le controversie relative al Contratto devono essere preliminarmente sottoposte a un tentativo di mediazione, con l'assistenza necessaria di un avvocato, secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 28/2010 e successive modifiche.

Il tentativo di mediazione è condizione per poter procedere con la causa civile

Se la mediazione non dovesse avere successo, qualora il Contraente sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, lett. a) D.L.vo 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore; nei casi in cui il Contraente non sia qualificabile come "consumatore", il foro competente sarà quello della sede legale della Società, o in alternativa, il foro dove ha sede l'intermediario assicurativo cui è assegnato il Contratto.

Articolo 17

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare,

eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta. Nel caso l'impossibilità riguardi un rapporto continuativo in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

Articolo 18

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 19

Modifiche contrattuali

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

Articolo 20

Informativa in corso di contratto

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

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

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

Articolo 21

Conflitto di interessi

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

Articolo 22

Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP Aggiuntivo Vita) nonché nella sezione dedicata del sito internet di Zurich: www.zurich.it.

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte ed invalidità permanente

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, assicurazione di gruppo stipulata in tariffa temporanea caso morte ed invalidità permanente, e in relazione a ciascuna posizione individuale in esso presente, la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o all'Assicurato, il pagamento del relativo capitale assicurato, indicato nella polizza elenco, nel caso in cui, durante il periodo di copertura, si verifichi, il decesso o sia riconosciuta un'invalidità totale e permanente superiore ai due terzi, dell'Assicurato.

Il periodo di copertura è da intendersi:

- per la durata di 1 anno, relativamente alle posizioni assicurate alla data di decorrenza del contratto e successivamente ad ogni ricorrenza annuale;
- con la frazione di anno successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso.

Le prestazioni di ciascuna posizione individuale sono garantite sempre che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio annuo.

Il contratto presuppone le seguenti condizioni:

- un unico Contraente;
- un gruppo omogeneo di Assicurati (ad esempio tutti i membri di un consiglio di amministrazione);
- la determinazione del capitale assicurato su ogni testa in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli;
- Il capitale massimo assicurabile per ogni testa non potrà superare 1.000.000,00 di Euro.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al Gruppo con età compresa tra i 18 ed i 75 anni.

L'assicurazione si assume, di norma, in base alle dichiarazioni sul proprio stato di salute rese dagli Assicurati su apposito questionario fornito dalla Società.

La Società si riserva comunque il diritto di richiedere particolari documentazioni o accertamenti sanitari. Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

L'Assicurato all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione autorizza, delega e conferisce mandato a Zurich ed ai Beneficiari a richiedere ed ottenere in loro nome e per loro conto, anche nell'interesse di Zurich e dei Beneficiari stessi, informazioni, certificazioni e documentazione medica, inclusi altresì dati personali e relativi allo stato di salute ai fini della liquidazione del capitale assicurato prevista dal contratto.

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

Articolo 2

Struttura del contratto, ingresso e permanenza in assicurazione

2.1 Struttura del prodotto

La Società rilascerà al Contraente, in base ai dati e ai documenti da essa forniti, l'elenco degli Assicurati con l'indicazione per ciascuno dei capitali assicurati e dei premi da pagare. Ad ogni scadenza annuale verrà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ogni Assicurato del premio dovuto, calcolato in base all'età raggiunta.

La Società si impegna a pagare in caso di morte dell'Assicurato il capitale indicato nella polizza-elenco.

2.2. Ingresso e permanenza in assicurazione

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Assicurato avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda o dalla data in cui l'Assicurando entra a far parte della Categoria assicurata, sempre che, entro 10 giorni da tale data, il Contraente faccia apposita comunicazione scritta alla Società.

Qualora la suddetta comunicazione venga fatta successivamente, l'ingresso in assicurazione del nuovo Assicurato avviene dalle ore 24 della data di invio della comunicazione del Contraente alla Società.

La garanzia assicurativa è operativa a condizione che venga pagato il premio entro trenta giorni dalla data di emissione dell'appendice della polizza-elenco e decorre dalle ore 24 della data di avvenuta accettazione della Società.

Nel caso la risoluzione avvenga in corso d'anno la Società provvederà a restituire l'eventuale rateo di premio versato, calcolato in proporzione al periodo di mancata esposizione al rischio, a condizione che il Contraente comunichi per iscritto alla Società l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro dall'Assicurato entro 30 giorni dalla data di risoluzione del rapporto lavorativo stesso.

Qualora tale comunicazione fosse inviata successivamente, il calcolo del rateo di premio sarà conteggiato dalla data di invio della comunicazione e non dalla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato.

Articolo 3

Condizioni regolanti la garanzia di invalidità permanente

A) S'intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che per malattia o infortunio, indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, diagnosticati in epoca successiva alla stipula della polizza, abbia ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale, la capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle sue attitudini ed abitudini.

Sono esclusi dall'assicurazione i casi di invalidità che si verificano dopo il settantacinquesimo anno di età anagrafica dell'Assicurato e quelli dovuti alle stesse cause per le quali è esclusa la copertura del rischio morte.

B) All'atto del riconoscimento, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, della pensione di inabilità o in subordine dell'assegno di invalidità, il Contraente deve farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Direzione, a mezzo lettera raccomandata, la seguente documentazione:

- Copia della domanda di invalidità presentata all'ente Previdenziale di appartenenza qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva.

- Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale, al quale obbligatoriamente appartiene l'assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità.

- certificato del medico curante sulle cause che hanno determinato lo stato di invalidità.

Nel caso in cui manchino i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, necessari ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità da parte dell'Ente Previdenziale, la Società procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità e l'Assicurato dovrà fornire un'autodichiarazione di mancanza dei requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva e la documentazione indicata al successivo punto C.

Nel caso in cui siano trascorsi almeno sei mesi dalla data di presentazione della domanda e l'Ente Previdenziale non abbia ancora riconosciuto il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità, la Società procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità e l'Assicurato dovrà fornire Copia della domanda di invalidità presentata all'ente Previdenziale di appartenenza e la documentazione indicata al successivo punto C.

La società procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno del diritto o alla pensione di inabilità o a conseguire l'assegno ordinario di invalidità dell'Ente Previdenziale.

Si precisa che l'abbandono del posto di lavoro non è necessario ai fini dell'accertamento dell'invalidità.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità totale e permanente entro 60 giorni dalla consegna della documentazione completa, come indicato al successivo articolo, ed a mettere a disposizione degli aventi diritto la prestazione dovuta entro 30 giorni dall'accertamento dell'invalidità stessa. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità. La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con i medici di sua fiducia. Fino all'accertamento dello stato di invalidità da parte della Società tutti i premi della presente garanzia devono essere regolarmente corrisposti. L'accertamento di invalidità, però, avviene con effetto dal momento di ricezione della denuncia alla Direzione della Società che pertanto rimborsa i premi, in scadenza nel periodo intercorrente tra la denuncia e l'accertamento dell'invalidità, che siano stati nel frattempo corrisposti.

C) A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità sono obbligati a fornire tutte le prove documentali (certificati medici, lettere di dimissioni) necessarie a stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con i medici di sua fiducia.

D) Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente ha la facoltà, entro 30 giorni, dalla comunicazione ricevuta, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata alla Direzione della Società, un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed

il terzo scelto di comune accordo tra le parti.

In caso di mancato accordo, entro 30 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale oppure al Direttore di Scuola di Specialità in Medicina Legale dell'Istituto più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, vincolando le parti al giudizio maturato, con possibilità di richiedere accertamenti sanitari di approfondimento diagnostico.

Ciascuna delle parti sostiene l'onorario del proprio arbitro e la metà di quelle del terzo arbitro.

- E)** Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui alla lettera B) il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato, per il quale è in corso l'accertamento di invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui alla lettera D), l'obbligo al pagamento del premio cessa definitivamente; invece se l'invalidità non viene riconosciuta, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi successivi alla data di denuncia dell'invalidità aumentati degli stessi interessi legali.

Articolo 4

Sinistro morte che colpisca più persone

L'assicurazione comprende il sinistro di morte che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato.

Detto importo andrà suddiviso in base al numero delle persone colpite da sinistro ed in proporzione ai singoli capitali assicurati.

Articolo 5

Esclusioni dalla garanzia

È escluso dalla garanzia soltanto il sinistro causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti 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;**
- **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 nel primo anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto e cronico.**

In questi casi, i premi versati restano acquisiti alla Società.

Articolo 6

Premio

Il premio annuo di assicurazione per ogni Assicurato viene determinato alla data di decorrenza o successivamente annualmente alla ricorrenza della stessa in base ai tassi di premio riportati nelle specifiche tabelle, con riferimento al sesso, all'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale assicurato ed aggiungendo al valore così ottenuto una cifra fissa pro capite di 1,00 euro.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno verranno stabiliti ratei di premio riducendo il premio annuo dovuto in proporzione alla durata della copertura.

Per le uscite in corso d'anno non dipendenti da morte o invalidità permanente dell'Assicurato verrà rimborsato il rateo di premio, determinato mediante riduzione, proporzionale al periodo di mancata esposizione al rischio del premio corrisposto già diminuito dello sconto.

6.1 Costi gravanti sul premio

Caricamenti	Aliquota %	Importo
in misura fissa per ogni posizione individuale		Euro 1,00
in % sul premio annuo*	35%	

*% da applicare al premio annuo dedotto l'importo fisso

Il costo della visita medica è sostenuto totalmente dal Contraente.

Articolo 7

Durata del contratto

Il contratto ha durata non inferiore a 5 anni, salvo specifici accordi di deroga tra Contraente e Società, e si rinnova automaticamente per periodi della durata di un anno, salvo disdetta da parte della Società o del Contraente a mezzo lettera raccomandata, da comunicarsi almeno 3 mesi prima della scadenza.

Parte II - Conclusione del contratto

Articolo 8

Articolo 8.1 Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e 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.

Articolo 8.2 Decorrenza degli effetti del contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 00:00 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 9

Oneri a carico del Contraente

Il Contraente si impegna a consegnare a ciascun Assicurato, al più tardi al momento della sottoscrizione della scheda di adesione, le condizioni contrattuali fornite dalla Società.

A tal fine la Società si impegna a fornire al Contraente il materiale contrattuale in vigore nonché a comunicare e rendere disponibili tempestivamente eventuali modifiche e/o variazioni delle stesse.

Articolo 10

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

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

Parte III - Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 11

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la risoluzione del contratto.

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

Parte IV - Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13

Beneficiari

Il contraente definisce i soggetti beneficiari del contratto.

13.1 Designazione dei Beneficiari

Beneficiario in caso di invalidità totale e permanente

Beneficiari della prestazione in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato sarà l'Assicurato stesso, salvo diverse indicazioni fornite dalla contraente in sede di stipula del contratto.

Beneficiario in caso di decesso

Il Contraente designa il/i Beneficiario/i del presente contratto.

È prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi il/i Beneficiario/i del presente contratto che saranno, salva sua espressa diversa volontà, designati in forma nominativa: la designazione in forma nominativa del/i Beneficiario/i contiene i dati anagrafici completi dello/gli stesso/i, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiana o estera e i relativi recapiti anche di posta elettronica.

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

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

L'Assicurato potrà, inoltre, escludere l'invio delle comunicazioni relative al presente contratto al/i Beneficiario/i designato/i in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato, ovvero modificare le scelte effettuate.

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 e dall'Assicurato se ne ha facoltà, in qualsiasi momento ad eccezione dei seguenti casi:

- (i) dopo che l'Assicurato 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;
- (ii) da parte degli eredi al decesso dell'Assicurato; e
- (iii) 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 (i), (ii) 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.

13.2 Designazione di più di un Beneficiario

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

13.3 Designazione degli eredi come Beneficiari

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

13.4 Decesso di un Beneficiario

Qualora un beneficiario muoia prima dell'Assicurato, salvo il caso di designazione irrevocabile di cui all'art. 13.1 Designazione

dei Beneficiari, il beneficio di sua competenza, determinato come sopra, sarà ripartito in parti uguali tra:

Nel caso del precedente articolo 13.2: gli eredi legittimi o testamentari del beneficiario premorto

Nel caso del precedente articolo 13.3: secondo le norme civilistiche sulla rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli articoli 536 e seguenti del Codice Civile.

Articolo 14

Pagamenti della Società

Per richiedere la liquidazione delle somme dovute in base al contratto, è necessario presentare a Zurich una richiesta di pagamento a cui devono essere allegati tutti i documenti elencati di seguito. Zurich può richiedere ulteriori documenti, come meglio specificato alla lettera E) richiesta di ulteriore documentazione probatoria. La data di ricezione della richiesta di pagamento coincide con quella di ricevimento da parte di Zurich, oppure con la data di ricezione da parte dell'intermediario, se antecedente.

Le richieste di pagamento presentate con documentazione incompleta o mancanti delle necessarie autorizzazioni potrebbero prolungare i tempi di liquidazione.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

- nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'Assicurato;
- nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale del Contraente;
- numero di Polizza (se conosciuto);
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario contenente i dati richiesti dalla normativa F.A.T.C.A. (acronimo di "Foreign Account Tax Compliance Act") e in materia di scambio automatico di informazioni fiscali (c.d. normativa DAC2 e CRS);
- dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
- dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario.

L'Assicurato per sé e per conto degli aventi diritto prende atto che i contenuti della richiesta di pagamento potrebbero variare nel corso della durata del Contratto, anche a seguito di variazione alle norme applicabili allo stesso.

Per facilitare i Beneficiari, Zurich mette a disposizione degli stessi presso l'intermediario e sul proprio sito internet un facsimile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

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

B) CERTIFICATO DI MORTE DEL/GLI ASSICURATO/I

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

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

Certificato del medico di base con anamnesi e data della diagnosi di tutte le patologie.

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

Inoltre, in caso di:

- decesso a seguito di malattia: eventuali cartelle cliniche relative a ricoveri avvenuti nei 3 anni precedenti il decesso
- decesso non causato da malattia: relazione delle Autorità competenti.

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

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

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

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

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

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

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

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

2) Se la designazione del beneficio sia stata fatta dall'Assicurato 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
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché Zurich ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

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

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

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

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

- atto notorio redatto da un notaio
- 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.

Nel caso in cui il capitale in caso di decesso risulti superiore a 200.000 euro il Beneficiario o i suoi eredi dovranno inviare obbligatoriamente l'atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale.

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

Per i pagamenti e per la documentazione da consegnare per l'accertamento della condizione di invalidità permanente si veda il precedente articolo 3 delle Condizioni contrattuali.

Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

E) RICHIESTA DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE PROBATORIA

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

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

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

Zurich, in forza del mandato ricevuto dall'Assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha titolo di chiedere il rimborso dei costi eventualmente sostenuti per il reperimento della documentazione medica di cui alla precedente lettera C. Tali costi saranno trattenuti a titolo di spese dall'importo della prestazione liquidata.

F) VALUTAZIONE DELLA SOCIETA' E PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

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

Se i Beneficiari hanno trasmesso tutta la documentazione prevista operano i seguenti termini: in caso di esito positivo della valutazione svolta sulla completezza e correttezza della documentazione ricevuta e verificata l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, Zurich eseguirà il pagamento delle prestazioni entro 30 (trenta) giorni dalla data di richiesta di pagamento, purché completa di tutta la documentazione richiesta.

Solo nel caso in cui i Beneficiari abbiano:

- trasmesso a Zurich la dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso; oppure
- sottoscritto idonee richieste e autorizzazioni e conferito specifica procura a Zurich

Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare le prestazioni entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata ai precedenti punti A), B), D) del presente articolo 11 e, relativamente alla lettera C del presente articolo 11 dal ricevimento di:

- Documentazione disponibile e
- Dichiarazione scritta di impossibilità a reperire tutta o parte della documentazione relativa al decesso (nella forma di una dichiarazione scritta) e/o
- Richieste e autorizzazioni o specifica procura a Zurich.

Entro i limiti di tempo sopra specificati Zurich potrà formulare l'eventuale richiesta di documentazione probatoria ulteriore come previsto alla precedente lettera E. In tal caso Zurich comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il capitale assicurato.

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

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V - Legge applicabile, fiscalità e tutela della privacy

Articolo 15

Consenso trattamento dati assicurati

Il contraente si impegna, in base a quanto previsto dall'Informativa privacy in vigore al momento della sottoscrizione del contratto, a consegnare l'informativa privacy della Società ad ogni Assicurato che sarà inserito in polizza. Inoltre, se è previsto il trattamento dei dati particolari degli assicurati (questionario sanitario), il Contraente si impegna a raccogliere e trasmettere alla Società il consenso degli assicurati al trattamento dei dati stessi.

Articolo 16

Imposte

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

Articolo 17

Legge applicabile, controversie, mediazione e foro competente

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

Per quanto non è espressamente regolato in questo Contratto valgono le norme della legge italiana in materia.

Tutte le controversie relative al Contratto devono essere preliminarmente sottoposte a un tentativo di mediazione, con l'assistenza necessaria di un avvocato, secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 28/2010 e successive modifiche.

Il tentativo di mediazione è condizione per poter procedere con la causa civile

Se la mediazione non dovesse avere successo, qualora il Contraente sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, lett. a) D.L.vo 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore; nei casi in cui il Contraente non sia qualificabile come "consumatore", il foro competente sarà quello della sede legale della Società, o in alternativa, il foro dove ha sede l'intermediario assicurativo cui è assegnato il Contratto.

Articolo 18

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Il Contraente, e al momento della prestazione assicurativa il Beneficiario, hanno l'obbligo di fornire a Zurich le informazioni complete, corrette e aggiornate al fine di consentire a Zurich di ottemperare gli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai sensi del D.lgs. 231/2007 e s.m.i., nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi da instaurare o già in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, Zurich si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valuta se, sussistendone i presupposti, effettuare una segnalazione di operazione sospetta. Nel caso l'impossibilità riguardi un rapporto continuativo in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

Articolo 19

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 20

Modifiche contrattuali

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

Articolo 21

Informativa in corso di contratto

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

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

In qualsiasi momento il Contraente potrà revocare tale consenso e tornare alla ricezione delle comunicazioni in formato cartaceo.

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

Articolo 22

Conflitto di interessi

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

Articolo 23

Reclami

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP Aggiuntivo Vita) nonché nella sezione dedicata del sito internet di Zurich: www.zurich.it.

Gentile Cliente,

la nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei tuoi dati personali o dati personali relativi ad altri soggetti (ad esempio soggetti minori di cui eserciti la potestà genitoriale, beneficiari, assicurati), al fine di poter fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti nonché, con il tuo consenso, svolgere le ulteriori attività qui di seguito specificate. Ai sensi degli artt. 13 a 14 del Regolamento Europeo nr. 2016/679 (di seguito per brevità il "Regolamento") ti forniamo, pertanto, qui di seguito, l'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

Perché ti viene fornita questa informativa?

Per sapere come trattiamo i Dati Personali e per conoscere i tuoi diritti.

Se ci hai fornito dei Dati Personali di altre persone, ad esempio il nome dell'assicurato nel caso tu non lo sia, ricordati di consegnargli questo documento, è importante che anche loro sappiano come vengono trattati i loro dati e che conoscano i loro diritti.

Lo sapevi che, dato che trattiamo i tuoi Dati Personali, hai il ruolo di «Interessato» e noi di «Titolare»?

1. Chi è il Titolare del trattamento dei tuoi Dati Personali?

Il Titolare – il quale ti fornisce questa informativa – è la società Zurich Investments Life S.p.a, con la quale è stato sottoscritto il contratto di assicurazione o che ha emesso un preventivo/quotazione (di seguito la chiameremo anche "Compagnia").

1.1 Come puoi contattare il Titolare o il Data Protection Officer (DPO)?

Per qualsiasi domanda, necessità o richiesta di chiarimento, puoi contattare la Compagnia, scrivendo al Data Protection Officer (DPO) via:

- e-mail: privacy@it.zurich.com
- posta ordinaria: Zurich Investments Life S.p.a.

Via Benigno Crespi 23, 20159 Milano.

2. Per quali finalità saranno trattati i tuoi Dati Personali?

a) Finalità contrattuali e di legge

Per le finalità contrattuali, cioè per fornirti i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti e per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa:

- accesso al servizio di consultazione della tua posizione assicurativa (Area Riservata Clienti)
- predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza
- predisposizione e stipulazione di contratti assicurativi
- raccolta del premio assicurativo
- liquidazione dei sinistri o pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto
- riassicurazione
- coassicurazione
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore;

Per le finalità di legge, cioè per permettere alla Compagnia di rispettare gli obblighi di legge, regolamentari, della disciplina comunitaria, antiriciclaggio, antiterrorismo, gestione e controllo interno.

Se non fornisci i dati ed il consenso per le finalità sopra previste, potrebbe essere impossibile per la Compagnia fornirti i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, compresi la quotazione, la registrazione e l'accesso al servizio c.d. Area Clienti.

b) Finalità di marketing e ricerche di mercato

Per l'invio da parte della Compagnia, in qualità di titolare del trattamento, di offerte promozionali, iniziative commerciali, inviti a concorsi a premi, materiale pubblicitario e di vendita in relazione a propri prodotti o servizi della Compagnia, di altre società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, nonché per consentire alla Compagnia di condurre ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. Potremo contattarti, anche nel rispetto degli accordi con gli Agenti Zurich, tramite posta elettronica, sms, smart messaging, messaggi tramite l'Area Riservata Clienti, posta cartacea e telefonate con operatore.

c) Rilevazioni statistiche

Per effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi, con esclusione espressa degli eventuali dati personali di soggetti terzi e di soggetti minori, laddove conferiti per le finalità di cui al precedente punto a).

d) Comunicazioni a terzi al fine di consentire agli stessi loro proprie iniziative di marketing

Per essere comunicati a soggetti terzi (quali società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd. Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i tuoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

e) Soft Spam

Per propri prodotti, servizi e prestazioni analoghi a quelli da te acquistati. Tuttavia, qualora non desiderassi ricevere tali comunicazioni, potrai darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente punto 1.1 della presente informativa privacy o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da te ricevute. La Società, in tal caso, interromperà senza ritardo la suddetta attività.

f) Attività di autovalutazione del servizio prestato

Per contattarti al fine di ricevere da te informazioni circa la gestione dell'attività assicurativa da parte di Zurich e dei soggetti dalla stessa incaricati, al fine di procedere ad un'autovalutazione della gestione della pratica da parte della Società, in un'ottica di miglioramento del servizio fornito. Tuttavia, ove tu non desiderassi essere contattato per tale scopo, potrai darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente punto 1.1 o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da te ricevute. In tal caso, la Società non procederà con il trattamento di cui al presente paragrafo 2 f). Con riferimento ai precedenti punti 2 b), c), d), e), f) Ti precisiamo che se non ci fornirai il tuo consenso, se deciderai di revocarlo o se non vorrai comunicarci i tuoi dati per tali finalità, avrai comunque la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti (a differenza di quanto previsto per le Finalità contrattuali e di legge).

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei tuoi Dati Personali?

Le basi giuridiche sono ciò che rende lecito il trattamento dei tuoi Dati Personali da parte della Compagnia. Per ciascuna finalità indicata al punto 2, ti elenchiamo di seguito le basi giuridiche corrispondenti.

Per i trattamenti svolti per Finalità contrattuali e di legge, le basi giuridiche sono:

- (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione – e contrattuali del rapporto, ivi incluse le attività di raccolta dei premi e liquidazione delle prestazioni);
- (ii) la normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche e antiterrorismo);
- (iii) l'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, di indagine, di tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).

- punti 2 b), c) e d) (trattamenti svolti per finalità di marketing, finalità statistiche e comunicazione a terzi) la base giuridica degli stessi sono i rispettivi consensi eventualmente prestati;
- punto 2 e) (soft spam) la base giuridica è il legittimo interesse della Società all'utilizzo delle coordinate di posta elettronica di un cliente all'invio di un numero limitato di comunicazioni commerciali che possano essere appropriate ed inerenti al rapporto assicurativo con lo stesso intercorrente.
- punto 2 f) (attività di autovalutazione) la base giuridica è il legittimo interesse della Società ad effettuare un'autovalutazione dell'attività dalla stessa svolta in merito ai servizi forniti e alla gestione della pratica assicurativa, al fine di migliorare il proprio operato.



4. A chi possono essere comunicati i tuoi Dati Personali?

Per ciascuna finalità indicata al punto 2, ti elenchiamo di seguito i soggetti a cui potremmo comunicare i tuoi dati:

- punto 2 a) (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge), i tuoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) assicuratori, coassicuratori, riassicuratori; (ii) intermediari assicurativi (ad esempio agenti, broker, banche); (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (v) legali; periti; medici; centri medici; (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione; (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, IVASS ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.
- punti 2 b), c), d), e) e f) (finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, soft spam e attività di autovalutazione), i tuoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (ii), altri soggetti operanti nel settore bancario e dell'intermediazione assicurativa e finanziaria e partner commerciali (iii) società di servizi, fornitori, società esterne ai fini di ricerche di mercato.



5. I tuoi Dati Personali possono essere trasferiti all'estero e/o diffusi?

I tuoi dati personali potranno essere trasferiti all'estero, prevalentemente verso paesi Europei. I tuoi dati personali possono essere trasferiti anche verso paesi extra europei (tra cui la Svizzera, in quanto la sede della società capogruppo si trova a Zurigo, e nel Regno Unito). Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile e adottando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza.

Ti precisiamo che i trasferimenti verso Paesi extra europei - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avvengono sulla base delle "Clausole Contrattuali Standard" emanate dalla Commissione a garanzia del corretto trattamento. Puoi, in ogni caso, contattare il Data Protection Officer ai recapiti riportati nel punto 1.1 al fine di avere esatte informazioni circa il trasferimento dei tuoi dati ed il luogo specifico di loro collocazione.

I Dati Personali non sono soggetti a diffusione.



6. Per quanto tempo vengono conservati i tuoi Dati Personali?

I tuoi dati personali verranno conservati dalla Compagnia solo per il tempo strettamente necessario alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, verranno conservati per i seguenti periodi di tempo:

- (i) dati contrattuali: per 20 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (ii) dati inerenti alle attività antifrode: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 207.925.480 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 31.08 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 7/11/953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

- (iii) dati inerenti alle attività di contrasto al riciclaggio di denaro e antiterrorismo: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iv) dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva.
- (v) dati trattati per finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche e soft spam: 2 anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.
- (vi) dati trattati per finalità per attività di autovalutazione: 12 mesi dalla conclusione dell'attività di autovalutazione.



7. Come vengono trattati i tuoi Dati Personali? Vengono svolti trattamenti automatizzati?

Per predisporre i preventivi, calcolare il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, svolgiamo delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato sui dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato e pregressi eventi morbosi o comunque con un'incidenza sullo stato di salute in caso di polizze sulla salute e/o sulla vita.

Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza di calcolo del rischio connaturato con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Infine, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, antiriciclaggio ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo.

A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo.



8. Quali sono i tuoi diritti?

In base agli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento GDPR, hai numerosi diritti, tra cui il diritto di:

- accedere ai tuoi Dati Personali e ottenere informazioni circa gli stessi, le finalità e le modalità del trattamento;
- ottenere la rettifica e l'aggiornamento dei tuoi Dati Personali, chiedere la limitazione del trattamento effettuato (inclusa, ove possibile, la cancellazione);
- opposti per fini legittimi al trattamento dei Dati Personali nonché esercitare il tuo diritto alla portabilità degli stessi;
- proporre reclamo alla competente Autorità di controllo.

Ti ricordiamo che puoi revocare in ogni momento il consenso eventualmente prestato al trattamento dei dati per finalità di marketing indicate ai punti 2 b), c), d), e) e f). La revoca anche se espressa con riferimento ad uno specifico mezzo di comunicazione, si estenderà automaticamente a tutte le tipologie di invio e di mezzo comunicativo.

Come puoi esercitare i tuoi diritti?

È sufficiente scrivere al Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti indicati nel punto 1.1.

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.

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 giuridica 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.

Zurich Board Protection

Glossario

8.1011 – 06.2025

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.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

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

Età assicurativa

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

Impignorabilità e inesquestrabilità

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

Imposta sostitutiva

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

Intermediario assicurativo

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.

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.

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.

Zurich Board Protection

Glossario

8.1011 – 06.2025

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 di assicurazione.

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

Zurich Board Protection

Glossario

8.1011 – 06.2025

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.

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 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.

Rateo di premio

Parte del premio annuo corrisposta per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno.

Sconto di premio

Operazione 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.

Zurich Board Protection

Glossario

8.1011 – 06.2025

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso

Capitale in caso di decesso

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

Capitale in caso di invalidità permanente

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente superiore ai due terzi, il pagamento del capitale assicurato.

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

Beneficiario Morte 2

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Assicurando e Beneficiario Caso Morte 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento**

L'intermediario non può assumere qualifica di beneficiario o vincolatario o creditore pignoratorio delle prestazioni previste dal contratto

*Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

In caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli stessi. La modifica o la revoca di uno o più beneficiari deve essere comunicata tempestivamente alla Società.

E Beneficiari in caso di vita

Beneficiario Vita 1

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Assicurando e Beneficiario Caso Vita 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento**

L'intermediario non può assumere qualifica di beneficiario o vincolatario o creditore pignoratorio delle prestazioni previste dal contratto

*Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

In caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli stessi. La modifica o la revoca di uno o più beneficiari deve essere comunicata tempestivamente alla Società.

ELENCO BENEFICIARI STANDARD

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO
0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE
0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI
0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0814 IL CONTRAENTE
0815 LA DITTA/SOCIETA' CONTRAENTE

Referente Terzo (soggetto, indicato dall'Assicurando, a cui fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc.

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

E-mail _____

F

Titolari effettivi dei beneficiari - Da compilare qualora i beneficiari nominali indicati siano soggetto diversi da persona fisica. Se Beneficiario è una società fiduciaria, compilare modulo a parte per Titolari Effettivi

Beneficiario <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Vita	beneficiario numero _____	Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita ____/____/____	
Comune di nascita _____	Provincia _____	Stato _____

Beneficiario <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Vita	beneficiario numero _____	Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita ____/____/____	
Comune di nascita _____	Provincia _____	Stato _____

Beneficiario <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Vita	beneficiario numero _____	Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita ____/____/____	
Comune di nascita _____	Provincia _____	Stato _____

Beneficiario <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Vita	beneficiario numero _____	Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita ____/____/____	
Comune di nascita _____	Provincia _____	Stato _____

G

Caratteristiche del contratto

Prodotto _____	Tariffa _____
Data assunzione _____	Data compilazione _____
	Data decorrenza _____
Durata _____	Scadenza _____
Capitale assicurato Euro _____	Premio netto Euro _____
Sovrappremio Euro _____	Premio totale Euro _____
Costi sostenuti dall'Assicurato Euro _____	Importo percepito dall'Intermediario Euro _____

H

Dichiarazioni dell'Assicurando

Il sottoscritto Assicurando:

- Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
- Dichiara che**, prima della sottoscrizione della scheda di adesione, ha ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il set informativo composto dai seguenti documenti nelle rispettive edizioni in vigore alla data di sottoscrizione della scheda di adesione:
 - il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
 - il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
 - le condizioni di assicurazione (comprendenti del Glossario dei termini)
 - la scheda di adesione
- Dichiara** di voler aderire all'emittenda polizza collettiva
- Prende atto** delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario (se necessario) riportato a tergo:
 - le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto**

legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

- prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
 - 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; l'Impresa, anche tramite i propri intermediari, darà evidenza del costo a carico dell'Assicurando prima dell'effettuazione degli accertamenti richiesti.**
- Dichiara** che le informazioni fornite nella presente scheda di adesione e nel questionario sanitario (se necessario), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete e ne assume ogni responsabilità anche se materialmente scritte da altri.
 - 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.

Luogo e Data _____

Firma leggibile
dell'Intermediario →Firma leggibile
dell'Assicurando →

7. SOLO PER PRODOTTO **“Zurich Group LTC”** - **Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. “Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Società” delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile dell'Assicurando → _____

8. SOLO PER PRODOTTO **“Zurich Dread Disease”** - **Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. “Accertamento e riconoscimento della Malattia Grave” delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile dell'Assicurando → _____

9. SOLO PER PRODOTTI **“Zurich Manager Protection”, “Zurich Staff Protection” e “Zurich Board Protection”** - **Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. “Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento” delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile dell'Assicurando → _____

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

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

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile dell'Assicurando → _____

I Dichiarazione dell'Assicurando o del Soggetto Esecutore

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile dell'Assicurando/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante → _____

Questionario medico semplificato Proposta n° _____

Istruzioni per la compilazione

- per garanzia Caso Morte:

compilare sezione A

- per garanzia LTC:

compilare sezione A e D

- per garanzia Caso Morte ed Invalidità:

compilare sezione A e B

- per garanzia Dread Disease:

compilare sezione A e C

Diritto all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193)

L'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni in merito a patologie oncologiche da cui è guarito da più di 10 anni (5 anni se la patologia è insorta prima dei 21 anni). Il Ministero della Salute ha definito per specifiche patologie termini ridotti (vedasi Allegato 1).

L'Assicurato, a tutte le domande che si riferiscono a patologie oncologiche di cui al questionario che segue, risponde "NO" quando:

- non ne ha mai sofferto; o
- ne è guarito con terapia/trattamento attivo concluso nei termini sopra indicati, senza episodi di recidiva.

Assicurando Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

1. Attività Sportiva a rischio (*): SI NO - se SI indicare l'attività sportiva a rischio e compilare il questionario sportivo se previsto: _____

2. Attività Professionale a rischio (**): SI NO - se SI indicare la professione a rischio e compilare il questionario professionale se previsto: _____

3. Fuma o ha mai fumato sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipe o altro negli ultimi 24 mesi? SI NO

Tabella attività considerate a rischio

(*). Attività Sportive:

A titolo esemplificativo e non esaustivo: immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne o comunque superiori ai 40 m.; scalate oltre i 4000 m e oltre il 3° grado della scala francese, arrampicate su ghiaccio o ghiacciai, elisci, sci alpinismo a livello professionale e/o agonistico, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, speleologia; torrentismo; tuffi da altezza superiore i 10 metri; pratica a livello agonistico di surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua, motonautica o altri sport acquatici; vela transoceanica; paracadutismo o sport aerei in genere (a titolo esemplificativo deltaplano, parapendio, mongolfiera, aliante, ultraleggero); sport estremi (a titolo esemplificativo: bungee jumping, base jumping, skydiving, skysurfing, tuta alare); pratica a livello agonistico di arti marziali, lotta, hockey e rugby; automobilismo e motociclismo.

(**). Attività Professionale che comporti:

A titolo esemplificativo e non esaustivo: contatti con amianto, materie venefiche, esplosive; fonditura; lavori su tetti o impalcature ad altezze superiori a 15 metri; lavori nel sottosuolo o in mare aperto; attività subacquee in genere; Forze armate, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio; guardia giurata con trasporto valori, guardia del corpo; guida abituale di autocarri o autotreni con trasporto di sostanze pericolose, piloti di velivoli in genere e personale di bordo.

A

Dichiarazioni sanitarie per l'assunzione del rischio da compilare sempre (per qualsiasi garanzia base: Temporanea caso Morte, Malattie Gravi, Perdita dell'autosufficienza)

1. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato o si è sottoposto a visite specialistiche o interventi chirurgici, anche in day hospital, o attualmente è in attesa di farlo (salvo per interventi minori: ad esempio difetti della vista, deviazione del setto nasale, cure dentali, chirurgia estetica, impianto protesi articolare, appendicite, ernia, parto, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi/legamenti/tendini/fratture/alluce valgo)? SI NO

2. Soffre o ha sofferto di:

a. Tumori maligni? SI NO

b. Malattie del sistema nervoso, neurologico o della psiche (psicosi, depressione, ansia, demenza, Alzheimer, Parkinson, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA), sclerosi multipla, epilessia, malattia di Huntington, paralisi, paraplegia)? SI NO

c. Malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, asma, sarcoidosi, enfisema, tubercolosi, polmonite)? SI NO

d. Malattie dell'apparato cardiocircolatorio (infarto, coronaropatia, angina, valvulopatie, aritmie, cardiomiopatia, ictus, TIA - attacco ischemico transitorio, aneurisma, emorragia cerebrale)? SI NO

e. Malattie renali (insufficienza renale, glomerulonefriti, calcoli), genitourinarie (vescica, vie urinarie, prostata, utero, ovaie, cervice, mammelle)? SI NO

f. Malattie del sangue (anemie, policitemie, piastrinopatie, leucemie, linfomi)? SI NO

g. Malattie del sistema immunitario (spondilite anchilosante, artrite psoriasica, artrite reumatoide, connettivopatie, lupus, HIV e malattie correlate)? SI NO

h. Malattie del sistema endocrino e metabolico (tiroide, diabete, malattie dell'ipofisi o del surrene, alterazioni del colesterolo)? SI NO

i. Malattie dell'apparato digerente (esofago di Barrett, ulcera, steatosi, epatite, cirrosi, pancreatite, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, poliposi familiare)? SI NO

3. Attualmente soffre di malattie che richiedono una terapia medica farmacologica per un periodo continuativo di oltre 30 giorni? SI NO

4. La differenza tra la sua altezza in centimetri ed il suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120? SI NO

5. La misurazione della pressione arteriosa è al di fuori dei seguenti valori: massima tra 90 e 140 mm Hg. e minima tra 60 e 90 mm Hg? SI NO

B**Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia complementare (alla Temporanea caso Morte) Invalidità Totale e Permanente**

1. Ha mai percepito, percepisce o ha fatto richiesta di pensione di invalidità? SI NO

C**Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia Malattie Gravi**

1. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni? SI NO

2. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, PSA, PAP test, colonscopia, ECG al cicloergometro, **che abbiano dato esiti fuori dalla norma**, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari (esclusi esami per infortunio senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? SI NO

D**Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia Perdita di Autosufficienza (Long Term Care)**

1. È titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SI NO

2. Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa? SI NO

3. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla? SI NO

Luogo e data di compilazione _____

Firma leggibile dell'Assicurando 

Questionario medico standard Proposta n° _____

Istruzioni per la compilazione

- per garanzia Caso Morte:

compilare sezione A e B

- per garanzia LTC:

compilare sezione A, B e E

- per garanzia Caso Morte ed Invalidità:

compilare sezione A, B e C

- per garanzia Dread Disease:

compilare sezione A, B e D

Diritto all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193)

L'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni in merito a patologie oncologiche da cui è guarito da più di 10 anni (5 anni se la patologia è insorta prima dei 21 anni). Il Ministero della Salute ha definito per specifiche patologie termini ridotti (vedasi Allegato 1).

L'Assicurato, a tutte le domande che si riferiscono a patologie oncologiche di cui al questionario che segue, risponde "NO" quando:

- non ne ha mai sofferto; o
- ne è guarito con terapia/trattamento attivo concluso nei termini sopra indicati, senza episodi di recidiva.

Assicurando Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Professione (settore e mansioni) _____

A Dichiarazioni sulle attività sportive e professionali

L'Assicurando pratica sport pericolosi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: attività subacquee, freeclimbing, alpinismo, automobilismo, motociclismo, aviazione privata, deltaplano, aliante, parapendio, ultraleggeri, paracadutismo)?

NO SI Specificare:

- Quali: _____

- Prende parte a gare o manifestazioni sportive: SI NO

L'Assicurando nell'esercizio della sua professione è esposto a speciali pericoli (a titolo esemplificativo e non esaustivo: contatto con amianto, materie venefiche, esplosive, fonditura, lavori su impalcature o tetti ad altezze superiori a 15 metri, lavori nel sottosuolo o in mare aperto, attività subacquee in genere, Forze armate, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio, guardia giurata con trasporto valori, guardia del corpo, guida abituale di autocarri o autotreni con trasporto di sostanze pericolose, pilota di velivoli in genere o personale di bordo)?

NO SI Specificare quali: _____

B Dichiarazioni sanitarie per l'assunzione del rischio da compilare sempre (per qualsiasi garanzia base: Temporanea caso Morte, Malattie Gravi, Perdita dell'autosufficienza)

1. Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero? (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, cure dentali)?

NO SI Specificare:

- Per quali cause-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

2. Soffre o ha sofferto di una o più delle seguenti malattie?

a. Cancro, tumori, neoplasie, leucemie, linfomi:

NO SI Specificare:

- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

b. Bronchiti croniche o ricorrenti, broncopneumopatia, polmonite, asma, enfisema, sarcoidosi:

NO SI Specificare:

- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

c. Infarto miocardico, coronaropatia, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata, cardiomiopatie, aritmie:

NO SI Specificare:

- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

d. Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale:

NO SI Specificare:

- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

e. Diabete, alterazioni dell'ipofisi, del surrene, della tiroide:

NO SI Specificare:

- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

f. Epatite B o C o cirrosi epatica, epatopatia alcolica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa, gastroduodenite, ulcera gastroduodenale: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

g. Artriti, artrosi, altre malattie o disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

h. Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

i. Disturbi alla prostata, all'utero, alla cervice, alle ovaie, disturbi alla vescica o alle vie urinarie: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

j. Trapianto d'organo: NO SI Specificare:
- Quale-In che anno-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

k. Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), malattia di Huntington, altre malattie neurologiche: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

l. Anemie, emorragie o altre malattie del sangue: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

- È guarito/a senza conseguenze SI NO

m. Malattie autoimmuni (artrite reumatoide, psoriasi, lupus, etc.), HIV e malattie correlate: NO SI Specificare:
- Quali-In che anno-Per quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

3. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, PAP test o PSA, che abbiano dato esiti fuori dalla norma, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari (esclusi esami per infortunio senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? NO SI Specificare:
- Quali indagini-data (mese/anno)-motivo/esito dell'esame-Diagnosi-Allegare referti (se disponibili): _____

4. Ha in questo momento patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? NO SI Specificare:
- Quali-Da quanto tempo-Terapia in corso-Diagnosi: _____

5. Fa o ha fatto uso di tabacco? NO SI Specificare:
- Da quanti anni e quantità giornaliera: _____

Ho smesso: motivo e da quanti anni: _____

6. Indichi i valori pressori:

Massima: _____ Minima: _____

7. Dichiaro altezza e peso attuali:

Cm. _____ Kg. _____

C

Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia complementare (alla Temporanea caso Morte) Invalidità Totale e Permanente

1. È titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla? NO SI Specificare:

- Tipo e causa invalidità – Anno e percentuale di invalidità riconosciuta: _____

D

Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia Malattie Gravi

1. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni? NO SI Specificare:

- Quale parente affetto–Quale malattia/e-A che età si sono ammalati: _____

- Sono in vita? SI NO

E

Dichiarazioni sanitarie aggiuntive da compilare solo se si è scelta la garanzia Perdita di Autosufficienza (Long Term Care)

1. È titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla? NO SI Specificare:

- Tipo e causa invalidità – Anno e percentuale di invalidità riconosciuta: _____

2. Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa? NO SI Specificare:

- Quale/i attività e motivo dell'incapacità: _____

3. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla? NO SI Specificare:

- Quale parente affetto–Quale malattia/e-A che età si sono ammalati: _____

- Sono in vita? SI NO

Luogo e data di compilazione _____

Firma leggibile dell'Assicurando 

Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i propri dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute – saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, l'Assicurando, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa al Beneficiario/Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data _____ Firma leggibile dell'Assicurando* 

Inoltre, l'Assicurando presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. SI NO

(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. SI NO

(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. SI NO

Data _____ Firma leggibile dell'Assicurando* 

* in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale

Allegato D

Relazione

01 Familiare	04 Titolarità effettiva /Socio	08 Relazione d'affari
02 Parente o Affine	05 Dipendente	09 Medesimo soggetto
03 Legale Rappresentanza/ Amministratore	06 Familiare o Parente del Dipendente	10 Altro (specificare)
	07 Delega/Procura/Tutela/Curatela	

Per relazione "familiare" si intende uno dei seguenti rapporti: coniugio, convivenza, filiazione, unione di fatto, unione civile.
Per relazione "parente o affine" si intende un rapporto diverso da familiare e rientrante nelle seguenti categorie: discendenza da uno stesso soggetto, rapporto con parentela del coniuge, del convivente di fatto o in unione civile.
Per le restanti tipologie di relazioni non specificamente previste è necessario fornire nel campo descrittivo ulteriori dettagli circa la relazione tra soggetti (es. beneficenza, liberalità, stretta relazione amicale).

Allegato J

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Ai sensi dell'Art. 22 del D.Lgs 231/2007 e s.m.i i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

Per le finalità di cui al sopra citato decreto, le imprese dotate di personalità

giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

Allegato K

ALTRI OBBLIGHI

Obbligo di astensione: Quando le imprese non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela, si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione.

Nel caso l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, le imprese si astengono dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

SANZIONI: Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, in occasione

dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Allegato 1

DECRETO 22 marzo 2024

Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023.

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Data di ultimo aggiornamento (pubblicazione in Gazzetta Ufficiale): 24 aprile 2024

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd -
Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel.
+39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale E 207.925.480 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3/1/08 al n. 1.00027 Società appartenente
al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953

(G.U. 3.2.1954 n. 27)

Indirizzo PEC: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it - www.zurich.it



06.2025


ZURICH®