

## 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 - Capitale sociale € 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



# Zurich Group LTC

## SET INFORMATIVO

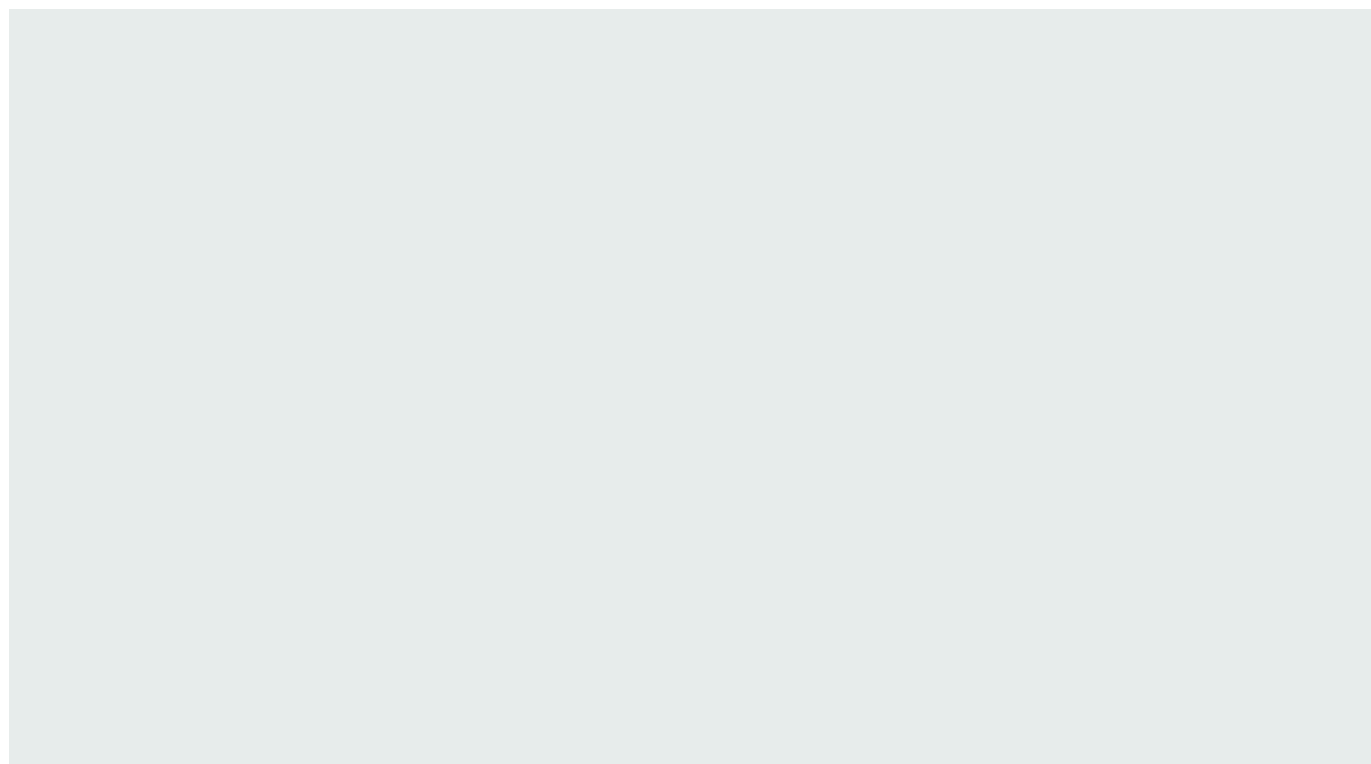
Zurich Group LTC è un contratto di assicurazione di gruppo Long Term Care per il caso di non autosufficienza.

I documenti che compongono il **Set informativo** sono i seguenti:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita) – ed. 04.2026;
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita) – ed. 04.2026;
- Condizioni Contrattuali (ed. 04.2025) comprensive del Glossario, redatte secondo Le Linee Guida del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari e dell'Informativa Privacy;
- Fac-simile del Modulo Proposta di Assicurazione e della Scheda di Adesione

**AVVERTENZA:** Prima della sottoscrizione leggere attentamente quanto riportato all'interno del presente documento.

*Edizione 04.2026 - ultima disponibile*



# Assicurazione di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza

Documento informativo precontrattuale per i prodotti  
assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi  
(DIP Vita)

Zurich Investments Life S.p.A.  
Zurich Group LTC



Data di aggiornamento: 20.04.2026

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.**

## Che tipo di assicurazione è?

Zurich Group LTC è un'assicurazione Long Term Care di gruppo, che prevede l'offerta di una protezione dal rischio di non autosufficienza ossia dal verificarsi di determinate condizioni che impediscano all'Assicurato lo svolgimento in maniera autonoma delle principali attività elementari della vita quotidiana. La polizza garantisce all'Assicurato il pagamento di una rendita posticipata vitalizia mensile non rivalutabile, e, se previsto in polizza, di un capitale iniziale una-tantum.



## Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Zurich Group LTC prevede che, in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato e a fronte del versamento di un premio annuo, Zurich si impegna a corrispondere all'Assicurato stesso, una rendita posticipata vitalizia mensile di importo costante, come definita in polizza, ed eventualmente un capitale iniziale una tantum se previsto in polizza, nel caso in cui la perdita di autosufficienza avvenga prima della scadenza contrattuale.

Per stato di "Non autosufficienza" si intende l'incapacità, presumibilmente permanente ed irreversibile, di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana elencate qui di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Tale "non autosufficienza", conseguente a un infortunio o all'insorgenza di una malattia, deve essere diagnosticata nel il Periodo di copertura assicurativa e deve permanere per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi.

Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- ✓ Farsi il bagno o la doccia
- ✓ Mantenere l'igiene personale
- ✓ Vestirsi
- ✓ Nutrirsi
- ✓ Continenza
- ✓ Spostarsi

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso in cui all'Assicurato sia stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Parkinson o il morbo di Alzheimer che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la capacità di pensare, di capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo od uno psichiatra con "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi minori o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.



## Che cosa NON è assicurato?

Sono esclusi dalla copertura gli stati di Non autosufficienza causati da:

- ✗ Dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- ✗ Patologie psichiatriche (es. depressione, psicosi, schizofrenia);
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- ✗ Patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinino la perdita delle capacità cognitive (ad esempio, il morbo di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti), il morbo di Parkinson, se già diagnosticate al momento dell'ingresso in copertura del singolo assicurato;
- ✗ Stati di Non-autosufficienza precedenti la data di effetto della copertura del singolo Assicurato;
- ✗ Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.



## Ci sono limiti di copertura?

! Non sono previsti periodi di sospensione o limitazione delle garanzie



## Dove vale la copertura?

✓ I rischi di perdita di autosufficienza sono coperti senza limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

- È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario anamnestico o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere.
- Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e/o dell'assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Il dettaglio della documentazione richiesta per la liquidazione delle prestazioni è elencato nel modulo per la richiesta di liquidazione, disponibile sul sito internet [www.zurich.it](http://www.zurich.it) e presso gli intermediari.



### Quando e come devo pagare?

Nel caso di contratto sottoscritto attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal Cliente ed autorizzato all'incasso da Zurich i premi possono essere pagati attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato a Zurich o all'intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all'intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo;

Nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, i premi possono essere pagati attraverso addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.

Qualora il contraente estingua il conto corrente presso l'Istituto Bancario dove ha sottoscritto la polizza, dovrà comunicarlo per iscritto alla Direzione di Zurich che provvederà a gestire il contratto direttamente.

I tassi di premio alla base del calcolo dell'ammontare del premio annuale sono rivedibili da Zurich periodicamente con cadenza annuale. Tale rivedibilità viene effettuata sulla base di analisi effettuate in conformità alle basi statistiche utilizzate e dati oggettivamente verificabili che dimostrino un effettivo incremento dei tassi di sinistralità tali da richiedere modifiche sui premi successivi. In tal caso Zurich invierà al contraente la comunicazione della variazione con preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla ricorrenza annuale della polizza. Qualora il contraente non accetti la variazione di premio ha la facoltà di interrompere i versamenti, in tal caso il presente contratto cesserà ogni effetto.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha una durata pari a 3 anni e si rinnova automaticamente per periodi successivi della durata di un anno salvo disdetta del contraente o di Zurich a mezzo lettera raccomandata, da comunicarsi almeno 3 mesi prima della scadenza.

Il contratto si considera 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 di Zurich la polizza debitamente sottoscritta. La ricezione della polizza debitamente sottoscritta vale come accettazione della proposta.

Il contratto entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o, se successivo, dal giorno indicato in polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione.



### Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Il contraente, fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, può revocare la proposta. Entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, il contraente può recedere dal contratto.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

# Assicurazione di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i  
prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento  
assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Zurich Group LTC

Data di aggiornamento: 20.04.2026

Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



## Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

## Società

Zurich Investments Life S.p.A. - Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661; sito internet: [www.zurich.it](http://www.zurich.it); e-mail: [customerlife@it.zurich.com](mailto:customerlife@it.zurich.com); PEC: [Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it](mailto:Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it)

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 - 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) - e-mail: [customerlife@it.zurich.com](mailto:customerlife@it.zurich.com) indirizzo PEC: [zurich.investments.life@pec.zurich.it](mailto:zurich.investments.life@pec.zurich.it) - [www.zurich.it](http://www.zurich.it)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato (bilancio al 31 dicembre 2024), l'ammontare del patrimonio netto è pari a 221 milioni di Euro. Il risultato economico del periodo è invece pari a -143 milioni di Euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 179%, come meglio dettagliato all'interno della relazione relativa alla solvibilità e alla condizione finanziaria di Zurich Investments Life S.p.A. (SFCR), disponibile sul sito internet di Zurich Investments Life S.p.A., [www.zurich.it](http://www.zurich.it).

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto

### Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi** | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

### Ci sono limiti di copertura?

Nessuna prestazione sarà corrisposta se si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato nel corso dei 90 giorni successivi alla denuncia del sinistro.

### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a persone giuridiche che intendono mettere a disposizione di un gruppo omogeneo di assicurati (es. propri dipendenti, iscritti o associati) una copertura che possa tutelarli dalle conseguenze economiche negative dovute alla perdita di autosufficienza.

Il contratto può essere sottoscritto da una persona giuridica, con sede legale in Italia e residenza in Italia ai fini fiscali.

Ai fini dell'assumibilità del rischio l'età degli assicurati, alla data di decorrenza, deve essere compresa tra 18 e 70 anni (età assicurativa), e l'età massima al rinnovo non deve essere maggiore ai 70 anni (età assicurativa).

### Quali costi devo sostenere?

#### Costi sul premio

Su ciascun premio versato grava un costo percentuale a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del contratto pari al 35%.

I costi non sono determinati in funzione dell'età, del sesso dell'assicurato, della durata contrattuale o di fattori ulteriori a quelli sopra indicati.

#### Costi di intermediazione

La quota parte percepita dall'intermediario riferita all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a circa il 41%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: "Ufficio Gestione reclami" Via Benigno Crespi, n. 23 - 20159 Milano - E-mail: <a href="mailto:reclami@zurich.it">reclami@zurich.it</a> - PEC: <a href="mailto:reclami@pec.zurich.it">reclami@pec.zurich.it</a>.</p> <p>È altresì possibile inoltrare il reclamo tramite l'apposito modulo che puoi trovare sul sito internet <a href="http://www.zurich.it">www.zurich.it</a>, nella sezione dedicata ai reclami.</p> <p>Zurich, ricevuto il reclamo, deve fornire risposta entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal reclamante.</p> <p>Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A (agenti) del Registro Unico degli Intermediari (RUI) e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>All'IVASS vanno indirizzati i reclami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;</li> <li>- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia.</li> </ul> <p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Fax: 06.42133206 - PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> - Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Arbitro Assicurativo</b>	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
<b>Mediazione</b>	È <b>obbligatorio</b> rivolgersi, con il supporto di un avvocato, ad un organismo di mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (L. 98/2013).
<b>Negoziazione assistita</b>	È <b>possibile</b> ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, secondo le modalità indicate nel D.L. n. 132/2014 (convertito in L. 162/2014).
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>Se previsto nelle condizioni contrattuali assicurative o in caso di successivo accordo compromissorio, le parti possono risolvere la controversia, nominando uno o più arbitri.</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è <b>possibile</b> presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">www.ec.europa.eu/fin-net</a> - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
REGIME FISCALE	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p>Il trattamento fiscale applicato al contratto, in vigore alla data di redazione del presente documento, dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, se diverso) e può subire modifiche in futuro in base all'evoluzione normativa.</p> <p><b>Tassazione delle prestazioni assicurate</b></p> <p>Le somme dovute da Zurich, in dipendenza della presente polizza, erogate in caso di liquidazione della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ii) se corrisposte a persona fisica, sono esenti IRPEF;</li> <li>(ii) se corrisposte a soggetti che esercitano attività d'impresa, costituiscono reddito di impresa e Zurich non applica alcuna ritenuta.</li> </ul>
<b>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</b>	
<b>Diritto all'oblio oncologico</b>	<p><i>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i></p> <p><i>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link <a href="https://www.zurich.it/in-caso-di-oblio-oncologico">https://www.zurich.it/in-caso-di-oblio-oncologico</a>.</i></p>
<b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b>	<p><i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i></p>

**Effetti  
dell'oblio  
oncologico  
per le  
imprese**

*Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.*

*Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.*

**PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE): DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SARA' POSSIBILE CONSULTARE L'AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO.**

# Zurich Group LTC

## Presentazione del prodotto

Zurich Group LTC è una polizza Long Term Care di gruppo a protezione del rischio di non autosufficienza, che garantisce, al verificarsi di determinati eventi previsti nelle condizioni contrattuali e che incidono sulla capacità di svolgere le principali attività elementari della vita quotidiana, il pagamento all'Assicurato di una rendita posticipata vitalizia mensile non rivalutabile e, se previsto in polizza, di un capitale iniziale una-tantum.

Per stato di “**Non autosufficienza**” si intende la perdita contestuale della capacità, da parte dell'Assicurato, di compiere almeno 4 fra le 6 seguenti azioni elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno o la doccia;
- mantenere l'igiene personale;
- vestirsi;
- nutrirsi;
- controllare le funzioni corporali;
- spostarsi.

Le **Condizioni di Assicurazione** sono suddivise in:

- GLOSSARIO;
- Parte I (Artt. 1 – 5) – Oggetto del Contratto, prestazioni, limiti;
- Parte II (Artt. 6) – Non Autosufficienza;
- Parte III (Artt. 7 – 8) – Premi;
- Parte IV (Artt. 9 – 12) – Durata del Contratto, conclusione, decorrenza e revoca e recesso;
- Parte V (Artt. 13) – I costi
- Parte VI (Artt. 14 – 18) – Beneficiari, denuncia e accertamento del sinistro e pagamento della prestazione;
- Parte VII (Artt. 19 – 28) – Altre disposizioni operative;
- Parte VIII (Artt. 29) – Reclami;
- Informativa Privacy.
- Fac-simile del Modulo Proposta di Assicurazione e della Scheda di Adesione

Per facilitare la comprensione delle Condizioni di Assicurazione sono stati inseriti nel testo dei riquadri che forniscono degli approfondimenti su aspetti importanti del Contratto.

### **Contatti**

Per maggiori informazioni il Contraente e l'Assicurato possono rivolgersi a Zurich Investments Life S.p.A., all'indirizzo “Customer Assistance” - Via Benigno Crespi 23, 20159 Milano - Telefono n. 02/59663000 - e-mail: [customerlife@it.zurich.com](mailto:customerlife@it.zurich.com).

## Condizioni di assicurazione

Edizione 06/2025 – ultima disponibile

### Sommario

Glossario.....	2
Parte I – Oggetto del Contratto, prestazioni, limiti.....	4
Articolo 1 - Prestazioni assicurate.....	4
Articolo 1.1 Prestazione aggiuntiva: capitale una-tantum (valida se richiamata in polizza).....	4
Articolo 2 - Persone assicurabili e limiti di età.....	5
Articolo 3 – Dove sono valide le garanzie.....	5
Articolo 4 - Persone non assicurabili.....	5
Articolo 5 - Esclusioni dalla Garanzia assicurativa.....	5
Parte II – Non autosufficienza.....	6
Articolo 6 - Definizione dello stato di Non autosufficienza.....	6
Parte III – Premi.....	6
Articolo 7- Premio.....	6
Articolo 8 - Interruzione del pagamento dei Premi.....	6
Parte IV – Durata del Contratto, conclusione, decorrenza e revoca e recesso.....	7
Articolo 9 - Durata del Contratto e Durata del Periodo di copertura.....	7
Articolo 9.1 Durata del Contratto.....	7
Articolo 9.2 Durata del Periodo di copertura.....	7
Articolo 10 - Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti.....	7
Articolo 10.1 Conclusione del Contratto.....	7
Articolo 10.2 Decorrenza degli effetti del Contratto.....	7
Articolo 11 – Revoca della proposta e Diritto di Recesso.....	7
Articolo 11.1 Revoca della Proposta.....	7
Articolo 11.2 Diritto di Recesso.....	7
Articolo 12 - Riscatto.....	7
Parte V – I costi.....	8
Articolo 13 – Costi gravanti sul premio.....	8
Parte VI – Beneficiari, denuncia e accertamento del sinistro e pagamento della prestazione.....	8
Articolo 14 -Beneficiari.....	8
Articolo 15. Denuncia del sinistro.....	8
Articolo 16 - Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte di Zurich.....	8
16.1 Eventuali dichiarazioni e accertamenti richiesti da Zurich sullo stato di Non autosufficienza.....	9
16.2 Controversie.....	9
Articolo 17 - Pagamento della prestazione.....	9
Articolo 18 - Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza.....	9
Parte VII - Altre disposizioni operative.....	10
Articolo 19 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato.....	10
Articolo 20 – Obblighi a carico del Contraente.....	10
Articolo 21 - Prescrizione.....	10
Articolo 22 - Imposte.....	10
Articolo 23 – Legge applicabile, controversie, mediazione e foro competente.....	10
Articolo 24 – Modifiche contrattuali.....	11
Articolo 25 - Obbligo di adeguata verifica della clientela.....	11
Articolo 26 - Embargo / sanzioni amministrative e commerciali.....	11
Articolo 27 - Informativa in corso di Contratto.....	11
Articolo 28 - Conflitto di interessi.....	11
Parte VIII – Reclami.....	12
Articolo 29 – Reclami.....	12

# Zurich Group LTC

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI GRUPPO LONG TERM CARE PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

## Glossario

**Assicurato:** persona fisica su cui viene stipulato il Contratto o a cui si riferisce il rischio oggetto di assicurazione e che nel presente Contratto coincide con il Beneficiario.

**Beneficiario:** soggetto che riceve la Prestazione prevista dal Contratto quanto si verifica l'evento assicurato. Per questo Contratto il Beneficiario coincide con l'Assicurato.

**Condizioni contrattuali:** insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.

**Contraente:** persona giuridica che ha stipulato la convenzione con Zurich.

**Contratto:** il presente contratto di assicurazione con il quale Zurich, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, si impegna a pagare la Prestazione assicurata al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

**Data di decorrenza:** Indica la data a partire dalla quale il Contratto produce i suoi effetti come indicato all'art. 10 delle Condizioni Contrattuali

**Diritto all'oblio oncologico:** in relazione alla stipula o al rinnovo di contratti assicurativi, il diritto riconosciuto alle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini, incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito a patologie oncologiche da cui le stesse siano state affette e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza recidive, da più di 10 anni oppure da più di 5, se la malattia è insorta prima dei 21 anni. Con riferimento a specifiche patologie oncologiche previste dall'allegato I del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, sono definiti termini inferiori rispetto a quelli indicati dalla legge in tema di oblio oncologico (legge 193/2023). Il trattamento attivo della patologia è concluso, in mancanza di recidive, alla data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il Contratto è efficace.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata da Zurich, elencati all'art. 5 – Esclusioni dalla Garanzia assicurativa.

**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 (es. 38 anni e 7 mesi = 39 anni; 40 anni e 5 mesi = 40 anni). Tale età viene determinata alla Data di decorrenza del Contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

**Garanzia:** copertura assicurativa prevista dal Contratto in base alla quale Zurich si impegna, al verificarsi dell'evento assicurato, a pagare la Prestazione assicurata all'Assicurato.

**IVASS:** Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni.

**Non autosufficienza:** per stato di "Non autosufficienza" si intende l'incapacità, presumibilmente permanente ed irreversibile, di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana (Farsi il bagno o la doccia, Mantenere l'igiene personale, Vestirsi, Nutrirsi, Continenza, Spostarsi), con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Tale "Non autosufficienza", conseguente a un infortunio o all'insorgenza di una malattia, deve essere diagnosticata nel Periodo di copertura assicurativa e deve permanere per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi

**Periodo di copertura assicurativa:** corrisponde al periodo durante il quale la garanzia è efficace. Tale periodo va dalla Data di decorrenza alla data di scadenza del Contratto.

**Polizza:** Il documento che prova e disciplina il Contratto unitamente a qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa da Zurich.

**Premio:** importo da corrispondere a Zurich, da parte del Contraente, annualmente per la durata del Contratto sino alla scadenza.

**Prestazione assicurata:** importo che Zurich si impegna a corrispondere nel caso in cui, nel corso del periodo di copertura, sia accertato lo stato di Non autosufficienza dell'Assicurato.

**Proposta:** Documento sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a Zurich la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Recesso:** diritto del Contraente di recedere dal Contratto e di farne cessare gli effetti.

**Set informativo:** l'insieme della documentazione informativa composta da: DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di assicurazione, Glossario, Informativa Privacy e fac-simile del Modulo di proposta e della Scheda di adesione.

**Sinistro:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene erogata la relativa Prestazione assicurata.

**Zurich o Società:** Zurich Investments Life S.p.A.

# Zurich Group LTC

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI GRUPPO LONG TERM CARE PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

## Parte I – Oggetto del Contratto, prestazioni, limiti

### Articolo 1 - Prestazioni assicurate

Con il presente Contratto Zurich Investments Life S.p.A. (di seguito "Zurich") si impegna, a fronte del pagamento del premio da parte del Contraente, a pagare all'Assicurato una rendita posticipata vitalizia mensile di importo costante e non rivalutabile nel caso in cui, nel corso del Periodo di copertura, sia accertata la perdita di autosufficienza in capo all'Assicurato, secondo quanto specificato nei successivi articoli *Art. 6 - Definizione dello stato di non autosufficienza* e *Art. 16 - Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte di Zurich*.

La rendita vitalizia mensile non è rivalutabile ed è pari all'importo indicato in polizza per singolo Assicurato. La rendita è di carattere personale e non è trasmissibile agli eredi.

---

#### Rendita non rivalutabile

La rendita non rivalutabile rimane di importo costante nel tempo e sarà quindi sempre pari alla cifra indicata in polizza.

---

La rendita sarà erogata a partire dal mese successivo rispetto alla data di avvenuto accertamento dello stato di Non autosufficienza, accertato secondo quanto previsto negli articoli successivi del presente Contratto, fino a quando questo stato permane. **Il decesso dell'Assicurato o il recupero dello stato di autosufficienza determinano l'interruzione dell'erogazione della rendita.**

Il pagamento della rendita all'Assicurato è garantito a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio monoannuale, calcolato ogni anno in funzione dell'età raggiunta dagli Assicurati.

Ai fini della conclusione del presente Contratto è necessaria la sussistenza di ciascuna delle seguenti condizioni (da intendersi cumulative e non alternative):

- a) un unico Contraente;
- b) che il Contratto sia offerto ad un gruppo omogeneo di assicurati (ad esempio tutti i dirigenti, tutti i dipendenti) che risultino domiciliati in Italia, in possesso di codice fiscale italiano e residenti in Italia ai fini fiscali;
- c) la determinazione della rendita assicurata per ogni Assicurato è effettuata in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

#### Resta salvo quanto previsto dall'articolo 5 - Esclusioni dalla Garanzia assicurativa.

Zurich rilascerà al Contraente, in base ai dati e ai documenti da esso forniti, l'elenco degli Assicurati con l'indicazione per ciascuno di essi della prestazione assicurata e del premio monoannuale da pagare.

Ad ogni scadenza annuale verrà emessa da Zurich una nuova polizza con indicazione, per ogni Assicurato, del premio monoannuale dovuto, calcolato in base all'età raggiunta, fermi i limiti di età indicati al successivo articolo 2.

### Articolo 1.1 Prestazione aggiuntiva: capitale una-tantum (valida se richiamata in polizza)

Nel caso in cui, nel corso del periodo di copertura, Zurich accerti la perdita di autosufficienza in capo all'Assicurato, secondo quanto specificato nei successivi articoli *Art. 6 - Definizione dello stato di non autosufficienza* e *Art. 16 - Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte di Zurich*, Zurich si impegna a pagare all'Assicurato unitamente alla prima rata di rendita un capitale iniziale una-tantum, pari a 10 volte l'importo della rendita mensile prescelto.

#### Resta salvo quanto previsto dall'articolo 5 - Esclusioni dalla Garanzia assicurativa.

---

#### Come si calcola il capitale iniziale una-tantum

Il capitale iniziale una-tantum è pari a 10 volte l'importo della rendita mensile. Ad esempio, se la rendita mensile prescelta è pari a 500,00€ il capitale iniziale una-tantum sarà pari a 5.000,00€.

---

## Articolo 2 - Persone assicurabili e limiti di età

Una persona può assumere la qualifica di Assicurato in base al presente Contratto se appartiene al gruppo omogeneo e a condizione che abbia un'età di ingresso (età assicurativa) non inferiore a 18 anni e non superiore a 70 anni.

Non sono invece assicurabili le persone di cui al successivo *Art. 4 – Persone non assicurabili*.

Zurich assume la garanzia in base allo stato di salute degli Assicurati con le modalità assuntive di volta in volta indicate da Zurich. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati a ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Zurich si riserva il diritto di richiedere documentazione particolare o accertamenti sanitari relativi alle persone assicurabili. Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

Le persone appartenenti alle categorie protette ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99 sono considerate assicurabili. A tal riguardo la garanzia assicurativa non opera qualora lo stato di non autosufficienza sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione dello stato di categoria protetta ai sensi delle Leggi sopra citate.

---

### Cos'è l'età assicurativa

Si tratta della modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato utilizzata nel presente contratto che prevede che l'Assicurato mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e che seguono il suo compleanno (es. 38 anni e 7 mesi = 39 anni; 40 anni e 5 mesi = 40 anni). Tale età viene determinata alla Data di decorrenza del Contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

---

### Chi sono il Contraente, il Beneficiario e l'Assicurato?

Il Contraente è il soggetto che stipula il contratto di assicurazione con la compagnia assicurativa e che paga il premio.

L'Assicurato è il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Il Beneficiario è il soggetto che, al verificarsi dell'evento assicurato nel contratto (es. "Non autosufficienza" dell'Assicurato), beneficerà dell'indennizzo dovuto da Zurich (o Società).

**Nel presente contratto l'Assicurato e il Beneficiario coincidono nella stessa persona.**

---

## Articolo 3 – Dove sono valide le garanzie

Le garanzie sono valide in tutto il mondo.

## Articolo 4 - Persone non assicurabili

**Non sono assicurabili** le persone che:

- alla Data di Decorrenza del contratto percepiscono una pensione di invalidità o hanno in corso le pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso un Ente obbligatorio di Previdenza o Assistenza. Eventuali soggetti che, alla prima decorrenza della copertura, abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità sono esclusi nel caso in cui l'esito sia positivo;
- alla Data di Decorrenza del contratto risultino Non autosufficienti.

## Articolo 5 - Esclusioni dalla Garanzia assicurativa

Sono esclusi dalla copertura gli stati di Non autosufficienza causati da:

- a) Dolo del Contraente o dell'Assicurato;*
- b) Patologie psichiatriche (es. depressione, psicosi, schizofrenia);*
- c) Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;*
- d) Patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinino la perdita delle capacità cognitive (ad esempio, il morbo di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti), o il morbo di Parkinson, se già diagnosticate al momento dell'ingresso in copertura del singolo assicurato;*
- e) Stati di Non-autosufficienza precedenti la data di effetto della copertura del singolo Assicurato;*
- f) Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.*

Nei casi sopra indicati nulla sarà dovuto e i premi versati resteranno acquisiti da Zurich.

## Parte II – Non autosufficienza

### Articolo 6 - Definizione dello stato di Non autosufficienza

Per stato di "Non autosufficienza" si intende l'incapacità, presumibilmente permanente ed irreversibile, di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana elencate qui di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Tale "Non autosufficienza", conseguente a un infortunio o all'insorgenza di una malattia, deve essere diagnosticata nel Periodo di copertura assicurativa e deve permanere per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi.

Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

1. **Farsi il bagno o la doccia:** capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia);
2. **Mantenere l'igiene personale:** curare la propria igiene personale (intesa come capacità di radersi, pettinarsi e di fare toilette) in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Vestirsi:** capacità, di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei;
4. **Nutrirsi:** capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali (es. urinali e defecali), mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Spostarsi:** capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo (es. alzarsi da una sedia, dal letto o in piedi) e camminare in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, anche con l'ausilio di stampelle o di una sedia a rotelle.

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso in cui all'Assicurato sia stata diagnosticata, durante il Periodo di copertura assicurativa, una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Alzheimer, o il morbo di Parkinson, che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la perdita della capacità di pensare, di capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo od uno psichiatra con "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi minori o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.

## Parte III – Premi

### Articolo 7- Premio

Il premio monoannuale dovuto per ogni Assicurato viene determinato alla data di decorrenza e successivamente annualmente alla ricorrenza della stessa, in base all'età assicurativa raggiunta e all'importo della rendita assicurata. Il premio monoannuale è dovuto dal Contraente in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, per gli ingressi in copertura assicurativa in corso d'anno verranno stabiliti ratei di premio riducendo il premio monoannuale dovuto in proporzione alla durata della copertura.

Nel caso di contratto sottoscritto attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal Cliente ed autorizzato all'incasso da Zurich i premi possono essere pagati attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato a Zurich o all'intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all'intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo;

Nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, i premi possono essere pagati attraverso addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.

### Articolo 8 - Interruzione del pagamento dei Premi

**Il mancato pagamento del Premio monoannuale, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina automaticamente la risoluzione del Contratto.**

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

## Parte IV – Durata del Contratto, conclusione, decorrenza e revoca e recesso

### Articolo 9 - Durata del Contratto e Durata del Periodo di copertura

#### Articolo 9.1 Durata del Contratto

Il contratto stipulato dal Contraente prevede una durata pari a 3 anni. In mancanza di disdetta data da Zurich o dal Contraente da comunicarsi almeno 3 mesi prima della scadenza a mezzo lettera raccomandata, si rinnova automaticamente di anno in anno.

#### Articolo 9.2 Durata del Periodo di copertura

La durata del Periodo di copertura è così determinata:

- pari a 1 anno con riferimento agli Assicurati indicati nella polizza elenco alla data di decorrenza del Contratto e così per ogni successiva ricorrenza annuale;
- pari alla frazione di anno successiva all'ingresso in copertura assicurativa, per gli Assicurati inseriti nella polizza elenco nel corso dell'anno stesso e successivamente ad ogni ricorrenza annuale.

### Articolo 10 - Conclusione del Contratto e decorrenza degli effetti

#### Articolo 10.1 Conclusione del Contratto

Il Contratto si considera 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 di Zurich la Polizza debitamente sottoscritta. La ricezione della Polizza debitamente sottoscritta vale come accettazione della proposta.

In questo caso, la Proposta, la Polizza e qualsiasi comunicazione aggiuntiva e/o appendice emessa da Zurich, costituiranno ad ogni effetto il documento di Polizza.

#### Articolo 10.2 Decorrenza degli effetti del Contratto

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

### Articolo 11 – Revoca della proposta e Diritto di Recesso

#### Articolo 11.1 Revoca della Proposta

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto (ossia fino alla ricezione della Polizza debitamente sottoscritta da parte di Zurich ai sensi del precedente articolo 10.1).

La richiesta deve essere effettuata per iscritto, e contenere gli elementi identificativi della Proposta.

La richiesta deve essere inviata a Zurich Investments Life S.p.A. mediante:

- lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. – Life Operations – Life UWS Group Policies - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;
- PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto “revoca dal Contratto”, a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione Zurich rimborserà le somme eventualmente già incassate al momento della sottoscrizione della Proposta.

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

#### Articolo 11.2 Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto mediante lettera raccomandata A.R. o PEC (posta elettronica certificata) da inviare entro 30 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso a Zurich Investments Life S.p.A. mediante:

- lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations – Ufficio Life Post Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;
- PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto “recesso dal Contratto”, a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

Il **recesso** libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di invio della richiesta, quale risultante dal timbro postale d'invio della raccomandata o dalla data d'invio della PEC.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, Zurich rimborserà al Contraente il Premio corrisposto al netto dell'eventuale parte di Premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente calcolati, a partire dal termine stesso, sulla base del saggio di interesse legale in vigore.

### Articolo 12 - Riscatto

Il Contratto non ammette riscatto.

## Parte V – I costi

### Articolo 13 – Costi gravanti sul premio

Su ciascun premio versato grava un costo percentuale a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del contratto pari al 35%.

## Parte VI – Beneficiari, denuncia e accertamento del sinistro e pagamento della prestazione

### Articolo 14 -Beneficiari

Il Beneficiario della prestazione è l'Assicurato.

### Articolo 15. Denuncia del sinistro

Il Contraente, l'Assicurato o altra persona avente titolo (fornendo documento comprovante la titolarità) da quando si presume siano maturate le condizioni di Non autosufficienza ai sensi dell'*art. 6 - Definizione dello stato di Non autosufficienza*, deve farne denuncia a Zurich per gli opportuni accertamenti dello stato di Non autosufficienza, facendo pervenire a Zurich stessa:

- la richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Assicurato o da altra persona avente titolo, contenente l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario intestato all'Assicurato o altro conto corrente autorizzato su cui accreditare la prestazione;
- la copia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato o di altra persona avente titolo, riportante firma leggibile;
- i documenti comprovanti lo stato di Non autosufficienza dell'Assicurato e la relazione clinica rilasciata dal medico curante (medico di famiglia o specialista ospedaliero) attestante la diagnosi clinica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- la data della sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di Non autosufficienza;
- in caso di demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson, è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" (M.M.S.E.).
- evidenza dell'eventuale somministrazione di idonei test valutativi (ad es. ADL, IADL, indice di Barthel) se già in possesso dell'Assicurato o di altra persona avente titolo, al momento della denuncia del sinistro.

Zurich si riserva, nel caso in cui i documenti sopra elencati non risultassero sufficienti alla corretta definizione del Sinistro, di richiedere ulteriore documentazione o referti utili a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, compresi eventuali originali e si riserva altresì di far sottoporre l'Assicurato a visita medica presso un proprio medico di fiducia.

La data di ricezione della denuncia coincide con quella di ricevimento da parte di Zurich, oppure con la data di ricezione da parte dell'intermediario, se antecedente.

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

La **denuncia** dovrà essere inviata a Zurich:

- **a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento** indirizzata a: Zurich Investments Life S.p.A. – Life Operations – Ufficio Life Maturity & Surrenders – Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano
- **tramite PEC** (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "liquidazione delle prestazioni", a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

**È disponibile sul sito di Zurich il modulo di denuncia del sinistro che l'Assicurato o altra persona avente titolo possono utilizzare.**

### Articolo 16 - Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte di Zurich

**Zurich si impegna ad accertare lo stato di Non autosufficienza entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia di sinistro, purché l'invio sia completo di tutta la documentazione richiesta**

Resta ferma la facoltà di Zurich di richiedere nel corso dei 180 giorni dalla data di denuncia del sinistro ulteriore documentazione sanitaria al fine di verificare la permanenza dello stato di Non autosufficienza.

Qualora nel corso dei 90 giorni successivi alla denuncia si verificasse il decesso dell'assicurato nulla verrà corrisposto.

Nel caso in cui Zurich, entro i 180 giorni utili, accerti la mancanza dei requisiti di Non autosufficienza necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento del premio eventualmente dovuto.

Nel caso in cui Zurich, entro i 180 giorni utili, accerti la presenza dei requisiti per il riconoscimento dello stato di Non autosufficienza e riconosca il diritto alla prestazione assicurata, Zurich inizierà a corrispondere la rendita posticipata vitalizia mensile assicurata indicata in polizza nonché le eventuali rate di rendita maturate a partire dalla data della denuncia del sinistro. Insieme alla prima rata di rendita sarà erogato anche il capitale iniziale una-tantum se previsto in polizza.

Dalla data della denuncia del sinistro il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza, mentre Zurich si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate; se lo stato di Non Autosufficienza è riconosciuto da Zurich, l'obbligo al pagamento del premio cessa definitivamente; se lo stato di Non Autosufficienza non viene riconosciuto, il Contraente è tenuto a corrispondere i premi successivi alla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza aumentati degli interessi legali.

#### **16.1 Eventuali dichiarazioni e accertamenti richiesti da Zurich sullo stato di Non autosufficienza**

Il Contraente o l'Assicurato, a pena di decadenza da ogni diritto derivante dal presente Contratto per il caso di Non autosufficienza, **sono obbligati a:**

- rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta da Zurich per gli accertamenti dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato;
- fornire tutte le prove che da Zurich fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto lo stato di Non Autosufficienza.

Zurich si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di Non autosufficienza con medici e/o personale sanitario e/o periti di propria fiducia.

#### **16.2 Controversie**

Nel caso in cui non venga riconosciuto da Zurich lo stato di Non autosufficienza, il Contraente, l'Assicurato o altra persona avente titolo (fornendo evidenza comprovante la titolarità) hanno la facoltà, entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione da parte di Zurich, di promuovere un tentativo di Mediazione e se questo non dovesse avere successo di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria competente ai sensi dell'*art. 23 - Legge applicabile, controversie, mediazione e foro competente.*

### **Articolo 17 - Pagamento della prestazione**

Accertato lo stato di Non Autosufficienza, Zurich provvederà alla corresponsione delle rate di rendita in via posticipata con cadenza mensile.

La prima rata sarà erogata il mese successivo alla data dell'avvenuto riconoscimento dello stato di Non autosufficienza comprese anche le rate eventualmente maturate e non corrisposte nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di Non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di Non autosufficienza. Insieme alla prima rata di rendita sarà erogato anche il capitale iniziale una-tantum se previsto in polizza.

Zurich si impegna a pagare le rate mensili per l'importo indicato in polizza per singolo Assicurato. L'importo delle rate mensili rimarrà costante nel tempo e non sarà oggetto di rivalutazione finanziaria.

**La rendita vitalizia è di carattere personale, non trasmissibile agli eredi e non è riscattabile.**

**Il decesso dell'Assicurato o il recupero dello stato di autosufficienza determinano l'interruzione dell'erogazione della rendita.**

**Ad ogni ricorrenza annua rispetto alla data di erogazione della prima rata di rendita, l'Assicurato o altra persona avente titolo, per continuare a ricevere il pagamento delle rate mensili di rendita, dovrà inviare a Zurich il certificato di esistenza in vita.**

**Il Contraente, l'Assicurato o altra persona avente titolo sono tenuti a comunicare a Zurich, in ogni momento, nel corso del periodo di pagamento della rendita mensile, il recupero dello stato di autosufficienza entro 60 giorni da quando ne siano venuti a conoscenza, a mezzo lettera raccomandata a/r o PEC, agli indirizzi riportati nell'*art. 15 - Denuncia del sinistro.***

Ogni pagamento viene effettuato direttamente da Zurich.

Qualora ci fossero tutte le condizioni utili a procedere al pagamento delle rate di rendita ma Zurich dovesse ritardare ingiustificatamente il pagamento, saranno dovuti all'Assicurato gli interessi di mora.

### **Articolo 18 - Rivedibilità dello stato di Non autosufficienza**

Nel periodo di erogazione della rendita Zurich si riserva comunque il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche della permanenza della perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato.

Zurich si riserva altresì la possibilità di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dagli accertamenti effettuati dovesse risultare che lo stato di Non autosufficienza, così come indicato all'art 6 - *Definizione dello stato di Non autosufficienza*, è cessato, l'erogazione della rendita cesserà a far data dal mese successivo all'accertamento.

## Parte VII - Altre disposizioni operative

### Articolo 19 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

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

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, nonché sulla cessazione del contratto, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c. c., possono comportare l'annullamento del Contratto ovvero il mancato riconoscimento, in tutto o in parte, delle prestazioni assicurate. È comunque garantito il Diritto all'oblio oncologico.**

In particolare:

- se il Contraente o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni con dolo o colpa grave, Zurich può annullare il Contratto, entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni, trattenendo il/i premio/i relativi al periodo assicurativo in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento. In tale ipotesi, qualora si verifichi un sinistro Zurich non è tenuta a pagare alcunché;
- se il Contraente o l'Assicurato hanno fatto tali dichiarazioni senza dolo o colpa grave, Zurich può recedere dal Contratto entro 3 mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni. In tale ipotesi, qualora si verifichi un sinistro Zurich pagherà la somma dovuta ridotta proporzionalmente della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose al momento della conclusione del Contratto.

### Articolo 20 – Obblighi a carico del Contraente

Il Contraente si obbliga a consegnare a ciascun Assicurato, al più tardi al momento della sottoscrizione della scheda di adesione, il Set Informativo fornito da Zurich.

A tal fine Zurich si impegna a fornire al Contraente il Set Informativo in vigore nonché a comunicare e rendere disponibili tempestivamente eventuali modifiche e/o variazioni delle stesse.

### Articolo 21 - Prescrizione

Ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto (diversi dal diritto al pagamento dei premi) si prescrivono nel termine di 10 anni.

Pertanto, le somme dovute per sinistro devono essere tassativamente richieste a Zurich entro dieci anni dalla data del verificarsi dell'evento relativo al sinistro.

Le somme non richieste entro i termini di prescrizione non potranno più essere liquidate agli aventi diritto ma dovranno essere comunicate e devolute da Zurich al fondo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'articolo 1, comma 343, legge 23 dicembre 2005, n. 266 e s.m.i.

### Articolo 22 - Imposte

Le tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dell'Assicurato.

### Articolo 23 – 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.

---

### **Cos'è la mediazione?**

La mediazione è l'attività svolta da un Organismo di Mediazione, avente requisiti di terzietà, finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, tramite l'assistenza di avvocati.

### **Chi la può attivare?**

Per controversie relative a contratti assicurativi: i Contraenti e gli Assicurati.

### **Come funziona?**

La domanda di mediazione deve essere presentata alla sede legale dell'organismo.

La segreteria dell'organismo di mediazione nomina un mediatore e viene fissato un incontro preliminare.

L'incontro preliminare tra le parti ed il mediatore ha lo scopo di informare in merito alla funzione e alle modalità di svolgimento della procedura e di verificare l'effettiva possibilità di un accordo e il consenso a proseguire il negoziato.

Nel caso in cui al primo incontro emerga l'impossibilità di un accordo, nessun compenso è dovuto all'Organismo di mediazione (fatte salve le spese di avvio della procedura).

La conclusione del primo incontro senza accordo è sufficiente per averare la condizione di procedibilità dell'azione.

Nel caso la mediazione sfoci in un accordo, il verbale sottoscritto anche dagli avvocati, costituirà titolo esecutivo.

---

### **Articolo 24 – Modifiche contrattuali**

Zurich modificherà le condizioni del presente Contratto per l'adeguamento dello stesso alla normativa primaria, anche fiscale, e secondaria vigente.

In ogni caso Zurich darà tempestiva comunicazione scritta di tali modifiche al Contraente.

### **Articolo 25 - 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 ed aggiornate al fine di consentire alla Compagnia 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 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.

### **Articolo 26 - Embargo / sanzioni amministrative e commerciali**

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

### **Articolo 27 - Informativa in corso di Contratto**

Zurich invia al Contraente le comunicazioni previste dalla normativa vigente in materia di assicurazioni sulla vita nonché quelle previste dal presente Contratto.

Il Contraente, compilando un apposito modulo, può acconsentire alla trasmissione in formato elettronico, anziché cartaceo, delle comunicazioni in corso di Contratto, fornendo un proprio indirizzo di posta elettronica esistente e idoneo alla ricezione di messaggi. **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 di residenza/domicilio o di posta elettronica.

### **Articolo 28 - Conflitto di interessi**

Zurich elabora, attua e mantiene efficaci presidi organizzativi e amministrativi in materia di conflitti di interesse.

Qualora tali presidi non siano sufficienti a evitare, con ragionevole certezza, il rischio di nuocere agli interessi del Contraente, Zurich:

- fornisce informazioni sul conflitto di interesse mediante informativa pubblicata nel proprio sito internet tramite link nella home page del sito, sulla natura e le fonti del conflitto, affinché il Contraente possa assumere una decisione informata;
- in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

## Parte VIII – Reclami

### **Articolo 29 – Reclami**

Tutte le informazioni sulla presentazione di reclami sono contenute nel Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP Aggiuntivo Vita) e al seguente indirizzo internet [www.zurich.it](http://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](mailto: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. 3/21954 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.



## 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

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

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ 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

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

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

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

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

G

## Caratteristiche del contratto

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

H

## Dichiarazioni dell'Assicurando

### Il sottoscritto Assicurando:

1. **Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
2. **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:
  - I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
  - II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
  - III. le condizioni di assicurazione (comprendenti del Glossario dei termini)
  - IV. la scheda di adesione
3. **Dichiara** di voler aderire all'emittenda polizza collettiva
4. **Prende atto** delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario (se necessario) riportato a tergo:
  - a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione**

del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il Diritto all'oblio oncologico;

- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
  - c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
  - d) l'Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati a ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.
5. **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.
  6. **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  \_\_\_\_\_

FACSIMILE

# 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, alianti, 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:  
- Quali-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 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 all'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 e ricerche di mercato: 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.  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 indicato nell'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 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



## 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

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

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ 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

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

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

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

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

G

## Caratteristiche del contratto

<b>Prodotto</b> _____	<b>Tariffa</b> _____
<b>Data assunzione</b> _____	<b>Data compilazione</b> _____
<b>Data decadenza</b> _____	
<b>Durata</b> _____	<b>Scadenza</b> _____
<b>Capitale assicurato</b> Euro _____	<b>Premio netto</b> Euro _____
<b>Sovrappremio</b> Euro _____	<b>Premio totale</b> Euro _____
<b>Costi sostenuti dall'Assicurato</b> Euro _____	<b>Importo percepito dall'Intermediario</b> Euro _____

H

## Dichiarazioni dell'Assicurando

### Il sottoscritto Assicurando:

1. **Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
2. **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:
  - I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
  - II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
  - III. le condizioni di assicurazione (comprehensive del Glossario dei termini)
  - IV. la scheda di adesione
3. **Dichiara** di voler aderire all'emittenda polizza collettiva
4. **Prende atto** delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario (se necessario) riportato a tergo:
  - a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione**

del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il Diritto all'oblio oncologico;

- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
  - c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
  - d) l'Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati a ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.
5. **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.
  6. **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 

FACSIMILE

# 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, alianti, 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:  
- Quali-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 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 all'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 e ricerche di mercato: 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.  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 indicato nell'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 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



## 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

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

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ 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

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

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

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

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

G

## Caratteristiche del contratto

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

H

## Dichiarazioni dell'Assicurando

### Il sottoscritto Assicurando:

1. **Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
2. **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:
  - I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
  - II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
  - III. le condizioni di assicurazione (comprehensive del Glossario dei termini)
  - IV. la scheda di adesione
3. **Dichiara** di voler aderire all'emittenda polizza collettiva
4. **Prende atto** delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario (se necessario) riportato a tergo:
  - a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione**

del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il Diritto all'oblio oncologico;

- b) **prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) **l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;**
- d) **l'Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati a ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**
5. **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.
6. **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  \_\_\_\_\_

FACSIMILE

# 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, alianti, 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:  
- Quali-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 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 all'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 e ricerche di mercato: 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.  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 indicato nell'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 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 mieloide), 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

Capitale sociale € 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

Ed. 04.2026

