

Zurich Manager Protection

Contratto di assicurazione sulla vita
Temporanea di gruppo caso morte o
caso morte e invalidità

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota informativa

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte per dirigenti di aziende industriali

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte ed invalidità permanente per dirigenti di aziende industriali

Informativa Privacy

Glossario

Modulo di proposta

Nota informativa

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

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

Il Contraente ha l'obbligo di consegnare a Zurich tutte le informazioni necessarie per il compimento dell'adeguata verifica della clientela ai fini antiriciclaggio.

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

A. Informazioni sulla Società di assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

Recapito telefonico +39 025966.1 - Indirizzo PEC: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it

Sito Internet: www.zurich.it - E-mail: customerlife@it.zurich.com.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 408.190.896 di cui:

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

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

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

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La sottoscrizione del presente contratto è riservata alle aziende industriali che aderiscono al C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi.

Il contratto prevede una durata non inferiore a 5 anni e in mancanza di disdetta della Società o del Contraente da comunicarsi almeno 3 mesi prima della scadenza, si rinnova automaticamente di anno in anno. Sono inclusi nell'assicurazione tutti i Dirigenti dell'Azienda Contraente con età alla sottoscrizione compresa tra i 18 e i 75 anni per la forma assicurativa che prevede la copertura del caso morte e di età alla sottoscrizione

compresa tra i 18 e i 70 anni per la forma assicurativa che prevede la copertura del caso morte e di invalidità permanente; in quest'ultimo caso, superato il 70° anno di età, ma comunque non oltre il 75° anno di età, sarà operativa solo la copertura per il caso di morte.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato, verificatosi nel corso della durata contrattuale, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari il relativo capitale assicurato indicato nella polizza-elenco.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 1 - "Prestazioni assicurate" delle Condizioni contrattuali della tariffa prescelta.

Si segnala che il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, ad esclusione di particolari circostanze dettagliatamente specificate al relativo articolo "Esclusioni dalla garanzia" delle Condizioni contrattuali della tariffa prescelta.

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE

In caso di stato di infortunio/malattia dell'Assicurato, che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari il relativo capitale assicurato indicato nella polizza-elenco.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 1. "Prestazioni assicurate" delle Condizioni contrattuali della tariffa che prevede la copertura del caso morte e invalidità permanente.

Si segnala che è esclusa dall'indennizzo l'invalidità permanente dovuta ad alcune specifiche cause, dettagliate nel relativo articolo 7. "Esclusioni dalla garanzia" delle Condizioni contrattuali della tariffa che prevede la copertura del caso morte e invalidità permanente.

È di fondamentale importanza che l'Assicurato legga le raccomandazioni ed avvertenze contenute nella scheda di adesione relative all'eventuale questionario anamnestico.

L'Intermediario assicurativo non può assumere anche qualifica di Beneficiario o vincolatario o creditoreignorazio delle prestazioni previste dal contratto.

4. Premi

L'ammontare del premio annuo dovuto per ciascun Assicurato viene determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in funzione dell'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale assicurato. L'importo del premio per ciascuna posizione individuale è maggiorato di un importo fisso di 1,00 euro.

Il premio è il corrispettivo dovuto per l'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto. Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

L'assicurazione richiede, ogni anno, il versamento alla Società da parte del Contraente del premio complessivo a fronte delle prestazioni assicurate nell'anno per l'insieme delle posizioni individuali degli Assicurati.

I premi possono essere pagati:

Nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- Assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo o bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo

Nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario attraverso il seguente mezzo di pagamento:

- Addebito su proprio c/c intrattenuto con la Banca e contestuale accredito sul c/c della Società oppure, transitoriamente, su altro c/c della Banca;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo

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

Per gli ulteriori aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo "Premio" delle Condizioni contrattuali relative a ciascuna tariffa.

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

Il contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.

C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

<i>Caricamenti</i>	<i>Aliquota %</i>	<i>Importo</i>
in misura fissa per ogni posizione individuale		euro 1,00
in % sul premio annuo*	25%	

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

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

=====

La quota parte percepita dall'Intermediario riferita all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a circa l'80%.

6.1.2. Costi per riscatto

Il contratto non prevede la facoltà di riscatto.

6.1.3. Costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede erogazione di rendita.

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

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili.

7. Sconti

La Società ha la facoltà di prevedere specifici sconti.

8. Regime fiscale

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società, in dipendenza della presente polizza, erogate in caso di decesso dell'Assicurato:

- se corrisposte a persona fisica sono esenti IRPEF;
- se corrisposte a soggetti che esercitano attività d'impresa costituiscono reddito di impresa e la Società non applica alcuna ritenuta.

Variazioni transnazionali di residenza

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

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

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

In tal caso, previo assenso da parte del Contraente/Assicurato, Zurich può trasferire i dati personali del

Contraente/Assicurato, ad un'altra Società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group operante nel nuovo Stato di residenza, domicilio o sede legale del Contraente/Assicurato, in modo che sia eventualmente possibile proporgli soluzioni in linea con la sua nuova situazione.

Zurich non offre consulenza sul trattamento fiscale del Contratto.

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

conseguenze derivanti da tale variazione.

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

D. Altre informazioni sul contratto

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia ai rispettivi articoli delle Condizioni contrattuali per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

È possibile risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi dovuti.

Il mancato pagamento del premio annuo entro 30 giorni dalla relativa data di scadenza determina la sospensione della garanzia. In caso di mancata riattivazione del contratto i premi eventualmente pagati restano acquisiti definitivamente dalla Società.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo "Interruzione del pagamento dei premi/riattivazione" delle Condizioni contrattuali relative a ciascuna forma tariffaria.

11. Riscatto e riduzione

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

12. Revoca della proposta

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

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

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta.

13. Diritto di recesso

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

- lettera raccomandata A.R. a: **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Claims & UW - Ufficio Life After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;**
- PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "recesso", a: **Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.**

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società provvederà a restituire il premio corrisposto.

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

Per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni da effettuarsi da parte della Società dovrà essere preventivamente consegnata tutta la documentazione prevista dall'articolo "Pagamenti della Società" delle Condizioni contrattuali, tramite una delle seguenti modalità:

- lettera raccomandata A.R. a: **Zurich Investments Life S.p.A. - Life Claims & UW - Ufficio Life Claims - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano;**
- PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "liquidazione delle prestazioni", a: **Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it**

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

Ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in dieci anni dal

giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Le somme dovute, per prestazioni aggiuntive, a scadenza o per sinistro, devono essere tassativamente richiesti alla Società entro 10 anni rispettivamente dalla data di scadenza del contratto, dalla data di pagamento delle prestazioni aggiuntive, dalla data di richiesta di riscatto o dalla data dell'evento in caso di sinistro.

Le somme non richieste entro 10 anni non potranno più essere liquidate ai richiedenti, ma dovranno essere dalla Società, comunicati e devoluti al Fondo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art.1 c. 343 Legge 23.12.2005 n. 266.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

16. Lingua

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

18. Reclami

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

- Alla Compagnia

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

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

I reclami devono essere inviati per iscritto a:

ZURICH INVESTMENTS LIFE S.p.A.

Ufficio Gestione Reclami

Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Fax numero: 02.2662.2243

E-mail: reclami@zurich.it

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

- All'IVASS

Vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte della Compagnia, degli Intermediari e dei periti assicurativi da essa incaricati;

- nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

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

I.V.A.S.S.

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Servizio Tutela degli Utenti,

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Fax numero: 06.421.33.353/745

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

I reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

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

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

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

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

18. Informativa in corso di contratto

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

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

Le modifiche di professione o di attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto devono essere tempestivamente comunicate alla Società.

Si richiama l'attenzione sulle previsioni dell'art. 1926 c.c.

20. Conflitto di interessi

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

=====

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

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



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

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte per dirigenti di aziende industriali

Riferimenti normativi

In considerazione dell'obbligo di assicurazione stabilito a favore dei Dirigenti di aziende industriali dal C.C.N.L. delle aziende produttrici di beni e servizi, la presente assicurazione di gruppo ha lo scopo di garantire la copertura assicurativa per il caso di morte da qualunque causa derivante, prevista dal Contraente per gli Assicurati.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, assicurazione di gruppo stipulata in tariffa temporanea caso morte, e in relazione a ciascuna posizione individuale in esso presente, la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto il pagamento del relativo capitale assicurato indicato nella polizza-elenco, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato si verifichi durante il periodo di copertura, per qualsiasi causa avvenga (a parziale deroga, a quanto contemplato dal Codice Civile) e senza limiti territoriali ad eccezione di quanto indicato nel successivo articolo 4.

Il periodo di copertura coincide:

- con l'anno solare, per le posizioni presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;
- con la frazione di anno successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso

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

Zurich Manager Protection è un'assicurazione collettiva stipulata dal Contraente (Azienda industriale) esclusivamente per tutti i propri Dirigenti.

L'inserimento in assicurazione di dipendenti con qualifica differente è considerata dichiarazione resa con dolo e colpa grave.

Non è previsto un numero minimo di Assicurati.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti i Dirigenti con età compresa tra i 18 ed i 75 anni.

Zurich Manager Protection prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali – di cui il Contraente fornirà estratto alla Società – con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali assicurati sino a 220.000,00 euro, senza accertamenti sanitari;
- per capitali assicurati superiori a 220.000,00 euro e sino a 250.000,00 euro mediante sottoscrizione del Dirigente di apposito questionario anamnestico. In base alle risposte, la Società si riserva di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a 250.000,00 euro, mediante esibizione dei risultati di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

Il capitale massimo assicurabile pro-capite non potrà eccedere 520.000,00 euro.

Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

Articolo 2

Ingresso e permanenza in assicurazione

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Dirigente avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda, sempre che, entro 10 giorni da tale data, il Contraente faccia apposita comunicazione scritta alla Società.

Qualora la suddetta comunicazione venga fatta successivamente, l'ingresso in assicurazione del nuovo Dirigente avviene dalle ore 24 della data di invio della comunicazione del Contraente alla Società.
La garanzia assicurativa è operativa, a condizione che venga pagato il premio entro trenta giorni dalla data di emissione dell'appendice della polizza-elenco.
Per capitali assicurati eccedenti i 220.000,00 euro la garanzia integrativa decorre dalle ore 24 della data di avvenuta accettazione della Società.
La permanenza in garanzia cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto come Dirigente.
Nel caso la risoluzione avvenga in corso d'anno la Società provvederà a restituire l'eventuale rateo di premio

versato, calcolato in proporzione al periodo di mancata esposizione al rischio, a condizione che il Contraente comunichi per iscritto alla Società l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro del Dirigente entro 30 giorni dalla data di risoluzione del rapporto lavorativo stesso.
Qualora tale comunicazione fosse inviata successivamente, il calcolo del rateo di premio sarà conteggiato dalla data di invio della comunicazione e non dalla data di cessazione del rapporto di lavoro del Dirigente.

Articolo 3

Sinistro che colpisca più persone

L'assicurazione comprende il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a sei volte il capitale medio assicurato.
Detto importo andrà suddiviso in base al numero delle persone colpite da sinistro ed in proporzione ai singoli capitali assicurati.
L'importo complessivo può essere elevato a fronte di speciale pattuizione e dietro versamento di un premio aggiuntivo pro-capite.

Articolo 4

Esclusioni dalla garanzia

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- ***dolo del Contraente o del Beneficiario;***
- ***partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;***
- ***partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;***
- ***incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;***
- ***uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico.***

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

Articolo 5 Premio

Il premio annuo di assicurazione per ciascun Dirigente assicurato è determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione, con riferimento all'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno saranno stabiliti ratei di premio ottenuti riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

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

Articolo 6

Durata del contratto

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

Parte II - Conclusione del contratto

Articolo 7

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

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

polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 00:00 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Dirigente, del premio dovuto e del capitale assicurato.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto delle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 1894 del C.C. L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Articolo 9

Oneri a carico del Contraente

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

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

Parte III - Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 11

Interruzione del pagamento dei premi/riattivazione

Il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la sospensione della garanzia.

La garanzia può essere riattivata dietro pagamento del premio arretrato.

Trascorsi sei mesi dalla data di scadenza del premio, la riattivazione, per capitali superiori a 220.000,00 euro, è subordinata alla presentazione di nuova documentazione sanitaria.

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

Parte IV - Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 12

Beneficiari

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

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

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

In mancanza di espressa designazione, Beneficiari delle Prestazioni Assicurate sono gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

Qualora il Contraente/l'Assicurato designi espressamente più di un beneficiario, la ripartizione percentuale del

beneficio tra i diversi Beneficiari dovrà essere specificata in modo chiaro per iscritto. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avverrà in parti uguali.

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento.

La liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui sia stato espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 13

Pagamenti della Società

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato devono essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti a mezzo lettera raccomandata A.R.:

- richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario, che dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - a) nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
 - b) IBAN di ciascun Beneficiario, in caso di pagamento con bonifico;
 - c) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'Assicurato;
 - d) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
 - e) dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario;

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso le sedi degli Intermediari e sul proprio sito internet un fac simile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

- copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- certificato di morte emesso dall'ufficiale di stato civile del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'Assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente). I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente;
- se la designazione del beneficio sia stata fatta genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio
oppure
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

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

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

(i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;

(ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;

(iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

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

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

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

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

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

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

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata sopra, la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale Assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

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

Parte V - Legge applicabile, fiscalità e tutela della privacy

Articolo 14

Consenso trattamento dati assicurati

Il Contraente si impegna, in base a quanto previsto dal D.Lgs. n.196 del 30.06.2003, a raccogliere il consenso al trattamento dei dati personali di ogni Assicurato da inserire nella polizza-elenco, con la singola sottoscrizione dello specifico modello predisposto dalla Società.

Articolo 15

Imposte

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

Articolo 16

Foro competente

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

Articolo 17

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente

bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

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

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

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

Articolo 18

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 19

Modifiche contrattuali

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

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

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



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

Condizioni contrattuali temporanea di gruppo caso morte ed invalidità permanente per dirigenti di aziende industriali

Riferimenti normativi

In considerazione dell'obbligo di assicurazione stabilito a favore dei Dirigenti di aziende industriali dal C.C.N.L. delle aziende produttrici di beni e servizi, la presente assicurazione di gruppo ha lo scopo di garantire la copertura assicurativa per il caso di morte e di invalidità permanente da qualunque causa derivante, prevista dal Contraente per gli Assicurati.

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, assicurazione di gruppo stipulata in tariffa temporanea caso morte ed invalidità permanente, e in relazione a ciascuna posizione individuale in esso presente, la Società si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto il pagamento del relativo capitale assicurato indicato nella polizza-elenco, nel caso in cui, durante il periodo di copertura, si verifichi il decesso o sia riconosciuta l'invalidità totale e permanente, superiore ai due terzi, dell'Assicurato; per qualsiasi causa avvenga (a parziale deroga, a quanto contemplato dal Codice Civile) e senza limiti territoriali ad eccezione di quanto indicato nel successivo articolo 4.

Il periodo di copertura coincide:

- con l'anno solare, per le posizioni presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;
- con la frazione di anno successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso

Le prestazioni di ciascuna posizione individuale è garantita sempre che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio dell'anno.

Zurich Manager Protection è un'assicurazione collettiva stipulata dal Contraente (Azienda industriale) esclusivamente per tutti i propri Dirigenti.

L'inserimento in assicurazione di dipendenti con qualifica differente è considerata dichiarazione resa con dolo e colpa grave.

Non è previsto un numero minimo di Assicurati.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti i Dirigenti con età compresa tra i 18 ed i 70 anni; per gli Assicurati che abbiamo superato il 70° anno di età e comunque non oltre il 75° anno di età, sarà operativa la garanzia per il solo caso morte.

Zurich Manager Protection prevede l'assicurazione di capitali per un importo pari al tetto massimo previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali – di cui il Contraente fornirà estratto alla Società – con le seguenti modalità assuntive:

- per capitali assicurati sino a 220.000,00 euro, senza accertamenti sanitari;
- per capitali assicurati superiori a 220.000,00 euro e sino a 250.000,00 euro mediante sottoscrizione del Dirigente di apposito questionario anamnestico. In base alle risposte, la Società si riserva di richiedere specifici accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a 250.000,00 euro, mediante esibizione dei risultati di specifici accertamenti sanitari che saranno comunicati dalla Società.

Il capitale massimo assicurabile pro-capite non potrà eccedere 520.000,00 euro.

Il costo di eventuali accertamenti è a carico del Contraente.

Articolo 2

Ingresso e permanenza in assicurazione

L'ingresso in assicurazione di un nuovo Dirigente avviene dall'inizio del servizio effettivo presso l'Azienda, sempre che, entro 10 giorni da tale data, il Contraente faccia apposita comunicazione scritta alla Società.

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

La garanzia assicurativa è operativa, a condizione che venga pagato il premio entro trenta giorni dalla data di emissione dell'appendice della polizza-elenco.

Per capitali assicurati eccedenti i 220.000,00 euro la garanzia integrativa decorre dalle ore 00:00 della data di avvenuta accettazione della Società.

La permanenza in garanzia cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto come Dirigente.

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

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

Articolo 3

Condizioni regolanti la garanzia di invalidità permanente

S'intende colpito da invalidità l'Assicurato che per malattia o infortunio, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale la propria capacità lavorativa dichiarata.

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

Articolo 4

Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento

Accertata l'invalidità, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società. La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente così formulato: - all'atto del riconoscimento, da parte dell'INPS, dell'assegno di invalidità oppure della pensione di inabilità; - all'atto del riconoscimento, da parte dell'INAIL, di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore ai due terzi la capacità lavorativa specifica e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente. Il suddetto diritto deve essere riconosciuto dall'Ente preposto prima della cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento. Per l'eventuale parte di capitale eccedente quello previsto dal C.C.N.L., il Contraente o l'Assicurato devono, accertata l'invalidità, farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla medesima, a mezzo lettera raccomandata A.R., il certificato del medico curante redatto sul modulo predisposto dalla Società. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità. La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni e si riserva di sottoporre a visita medico legale l'Assicurato, che dovrà esibire tutta la documentazione sanitaria, necessaria per formulare il giudizio tecnico. A richiesta della Società, il Contraente o l'Assicurato – sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità – sono obbligati: a) a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato; b) a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o dell'infortunio che hanno prodotto l'invalidità. Il pagamento del capitale assicurato verrà effettuato in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità. Eseguito tale pagamento, il contratto si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Articolo 5

Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, il Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere – con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Società – la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società il secondo dalla Contraente o – su sua delega – dall'Assicurato ed il terzo

scelto di comune accordo dalle due Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove dovrà riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio dei medici risiede nel Comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale, ove lo creda opportuno, potrà esperire – senza obbligo di sentenza – qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio ecc).

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di dolo, violenza, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

Ciascuna delle parti sostiene le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata, all'art. 4, la Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale, di cui al primo comma del presente articolo, il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene riconosciuta, il Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati degli interessi per il ritardato pagamento.

Articolo 6

Sinistro morte che colpisca più teste

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

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

L'importo complessivo può essere elevato a fronte di speciale pattuizione e dietro versamento di un premio aggiuntivo pro-capite.

Articolo 7

Esclusioni dalla garanzia

È escluso dalla garanzia soltanto il sinistro, in caso di decesso e di invalidità totale e permanente causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico.**

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

Articolo 8

Premio

Il premio annuo di assicurazione per ciascun Dirigente assicurato è determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione, con riferimento all'età assicurativa raggiunta e all'importo del capitale.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno saranno stabiliti ratei di premio ottenuti riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

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

Articolo 9

Durata del contratto

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

Parte II - Conclusione del contratto

Articolo 10

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, completa di tutte le informazioni e documenti richiesti dalla vigente normativa, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

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

Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Dirigente, del premio dovuto e del capitale assicurato.

Articolo 11

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto delle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 1894 del C.C. L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Articolo 12

Oneri a carico del Contraente

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

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

Parte III - Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 13

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 14

Mancato pagamento del premio

Il mancato pagamento del premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la sospensione della garanzia.

La garanzia verrà riattivata dietro pagamento del premio arretrato.

Trascorsi sei mesi dalla data di scadenza del premio, la riattivazione, per capitali superiori a 165.000,00 euro, è subordinata alla presentazione di nuova documentazione sanitaria.

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

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 15

Beneficiari

Il Contraente/l'Assicurato designa il/i Beneficiario/i ai fini della prestazione in caso di decesso. La designazione

dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

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

In mancanza di espressa designazione, Beneficiari delle Prestazioni Assicurative sono gli eredi testamentari o, in mancanza, i suoi eredi legittimi.

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

Qualora i beneficiari siano genericamente gli eredi (siano essi legittimi o testamentari) la Società farà riferimento alle norme civilistiche (o al testamento) esclusivamente per l'individuazione corretta dei Beneficiari mentre il beneficio sarà suddiviso tra gli stessi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento.

La liquidazione pertanto avverrà per "teste" in parti uguali e non per "stirpi" (ossia non saranno applicate, a titolo esemplificativo, le norme sulla Rappresentazione di cui agli articoli 467 e seguenti del Codice Civile o quelle in materia di legittimari di cui agli artt. 536 e seguenti del Codice Civile).

La ripartizione non avverrà in parti uguali, come sopra indicato, solo nel caso in cui sia stato espressamente ed inequivocabilmente indicato le quote per la ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali criteri di ripartizione specifici delle prestazioni assicurative possono essere comunicati alla Compagnia in qualsiasi momento o riportati nel testamento.

Articolo 16

Pagamenti della Società

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

- richiesta di pagamento, sottoscritta da ciascun Beneficiario, che dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - a) nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
 - b) IBAN di ciascun Beneficiario, in caso di pagamento con bonifico;
 - c) nome, cognome e (se conosciuto) codice fiscale dell'Assicurato;
 - d) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi della normativa in materia di privacy);
 - e) dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario;

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso le sedi degli Intermediari e sul proprio sito internet un fac simile di richiesta, per coloro che ritengono di farne uso.

- copia di documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità anche alla data di pagamento da parte della Società;
- certificato di morte emesso dall'ufficiale di stato civile del Comune nel quale il decesso è avvenuto;
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'Assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente). I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente;
- se la designazione del beneficio sia stata fatta genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari):
 - atto notorio redatto da un notaio

oppure

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

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

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

(i) autorizza la riscossione degli importi spettanti;

(ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto A precedente;

(iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

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

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

- atto notorio redatto da un notaio

oppure

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

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

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

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

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione elencata sopra, la Società comunicherà ai Beneficiari gli eventuali esiti negativi della valutazione svolta o, in caso di esito positivo, provvederà a pagare il Capitale Assicurato secondo le modalità indicate nella richiesta di pagamento. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

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

Parte V - Legge applicabile, fiscalità e tutela della privacy

Articolo 17

Consenso trattamento dati assicurati

Il Contraente si impegna, in base a quanto previsto dal D.Lgs. n.196 del 30.06.2003, a raccogliere il consenso al trattamento dei dati personali di ogni Assicurato da inserire nella polizza-elenco, con la singola sottoscrizione dello specifico modello predisposto dalla Società.

Articolo 18

Imposte

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

Articolo 19

Foro competente

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

Articolo 20

Obbligo di adeguata verifica della clientela

Ai sensi dell' Art. 23 comma 1 – bis del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente ai rapporti continuativi in essere o alle operazioni in corso di realizzazione, la Società pone fine al rapporto o all'esecuzione dell'operazione e restituisce al Contraente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo saldo attivo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente ed allo stesso intestato.

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

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

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

Articolo 21

Embargo / sanzioni amministrative e commerciali

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

Articolo 22

Modifiche contrattuali

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

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

**Il Rappresentante legale
Dott. Paolo Penco**



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

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

Gentile Cliente,

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

1. Finalità assicurative e contrattuali

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Modalità di trattamento dei dati

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

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

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

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

4. Titolare del Trattamento

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

5. Ambito di comunicazione e diffusione

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

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

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

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

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

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

Glossario

Nel presente documento sono contenute e spiegate tutte le terminologie tecniche specifiche di un contratto sulla vita.

Il documento è suddiviso in cinque parti:

1. definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita
2. definizioni relative alla polizza
3. definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto
4. definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita

1. Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica (Dirigente di azienda industriale) sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del contratto.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite

dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Diritto proprio (del Beneficiario)

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

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

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

Esclusioni

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

Età assicurativa

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

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota informativa
- Condizioni contrattuali comprensive del regolamento della gestione separata
- Glossario
- proposta

Imposta sostitutiva

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

Intermediario assicurativo

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

IVASS

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

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della

sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla propensione al rischio.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (S.D.D. - Sepa Direct Debit), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni contrattuali.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

2. Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Polizza-elenco

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione nel quale sono elencati tutti gli Assicurati con indicazione per ciascuno di essi della garanzia prevista, dei capitali assicurati e dei premi dovuti.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

3. Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Rateo di premio

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

Sovrappremio

Maggiorazioni di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

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

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso

Capitale in caso di decesso

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

Capitale in caso di invalidità permanente

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

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

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



I dati e le informazioni contenute nel presente Glossario sono aggiornati al 1 Giugno 2016



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA N° _____

PUNTO VENDITA		MANDATO	
CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI			
RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA	
INDIRIZZO SEDE LEGALE: VIA, NUMERO CIVICO			
C.A.P.	LOCALITA'	PROVINCIA	
PAGA LE TASSE NEGLI STATI UNITI D'AMERICA/US TERRITORIES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE SI, TIN/ GIIN:			
HA LA RESIDENZA FISCALE IN UNO STATO DIVERSO DALL'ITALIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CODICE DI IDENTIFICAZIONE FISCALE NIF1	
SE SI: STATO RESIDENZA 1:		CODICE DI IDENTIFICAZIONE FISCALE NIF2	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA: VIA, NUMERO CIVICO			
C.A.P.	LOCALITA'	PROVINCIA	
SEDE ATTIVITA' PREVALENTE (indicare Comune)		Codice PREVALENTE ATTIVITA' SVOLTA: (*) - Sezione A	
CODICE SOTTOGRUPPO		CODICE GRUPPO/RAMO	
Allegare:	VISURA CAMERALE	ALTRO, specificare:	
Codice TIPO SOCIETA' (*) (sezione B)			
Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte.			
Classe di beneficiari:			
AZIENDA ASSOCIATA - DATI ANAGRAFICI			
RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA	
INDIRIZZO SEDE LEGALE: VIA, NUMERO CIVICO			
C.A.P.	LOCALITA'	PROVINCIA	
LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI (Allegare documento di identità valido)			
Cognome	Nome	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F.	Data di nascita		
Comune di nascita	Provincia di nascita		
Indirizzo di residenza / domicilio: via, numero civico			
C.A.P.	Località di residenza / domicilio	Provincia di residenza / domicilio	
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO			
Tipo documento: codice e descrizione		Numero documento	
Ente di rilascio		Località di rilascio	
Data di rilascio		Data di scadenza	
INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TITOLARE EFFETTIVO			
Dichiaro sotto la mia responsabilità che: <input type="checkbox"/> non sussiste un titolare effettivo <input type="checkbox"/> sussiste un titolare effettivo del rapporto del quale fornisco tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui sono a conoscenza			
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO			
<input type="checkbox"/> Zurich Manager Protection (premio annuo) Mod. 8.865 Tariffa.....		<input type="checkbox"/> Zurich Staff Protection (premio annuo) Mod. 8.829 Tariffa.....	
<input type="checkbox"/> Zurich Board Protection (premio annuo) Mod. 8.1011 Tariffa.....		<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	
Data proposta		Durata	
QUOTA PAGAMENTO PREMIO			
Quota a carico del Contraente.....%		Quota a carico dell'Assicurato.....%	
Euro.....		Euro.....	

(*) Vedere retro per Istruzioni Compilazione PERSONA GIURIDICA.



**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA N° _____****Revoca della proposta e recesso del contratto**

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta. Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. La Società rimborsa quindi al Contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo del premio dovuto al netto delle spese eventuali di emissione previste dal contratto.

Il sottoscritto Contraente:

1. **Prende atto** che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo. Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Assicurato, del premio dovuto e del capitale assicurato.
2. **Dichiara di aver ricevuto** e preso visione del **FASCICOLO INFORMATIVO** composto da:
 - a) Nota informativa
 - b) Condizioni contrattuali
 - c) Glossario
 - d) Modulo di proposta**e di accettarlo integralmente**
3. **Si impegna** a consegnare le **CONDIZIONI CONTRATTUALI** ai singoli assicurati all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione.
4. **Dichiara di aver ricevuto** e preso visione delle comunicazioni previste dall'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e s.m.i.:
 - a) Comunicazione informativa degli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti
 - b) Informazioni generali sull'Intermediario che entra in contatto con il Contraente
5. Consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, **dichiara** che i dati identificativi del titolare del rapporto/dell'operazione riportati negli appositi campi della presente proposta corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente all'eventuale titolare effettivo del rapporto/dell'operazione.
6. **SOLO PER PRODOTTO "Zurich Manager Protection"** - **Dichiara** che tutti gli Assicurati sono dipendenti inquadrati a livello dirigenziale e che i capitali assicurati sono conformi a quanto previsto dal C.C.N.L. di volta in volta applicabile al settore di appartenenza dell'Azienda Contraente o da quanto previsto dai relativi Contratti Integrativi Aziendali.
7. **Prende atto** che per ogni controversia inerente alla esecuzione, interpretazione o risoluzione del presente contratto, il Foro competente sarà, in via esclusiva, quello di Milano e che qualora il Contraente e/o l'Assicurato e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e 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 e dichiara di approvare specificamente per iscritto ai sensi dell'art. 1341 e dell'art. 1342 cc questa disposizione.

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

.....
Luogo e data di compilazione

.....
Firma (leggibile) del Contraente

8. **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 di compilazione

.....
Firma (leggibile) del Contraente

Modalità di pagamento del premio - Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.



Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

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

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

Denominazione Contraente

Luogo, data e firma (leggibile) del Contraente

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

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

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

Denominazione Contraente

Luogo, data e firma (leggibile) del Contraente

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO Valutazione ai sensi del D.lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni

Valutazione dell'intermediario:

- A Reticenza nel fornire le informazioni richieste
- B Poca trasparenza della struttura di controllo
- C Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica
- D L'interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabile
- E Comportamento che non denota anomalie

.....
Luogo e data di compilazione

.....
Firma (leggibile) dell'Intermediario



SCHEDA DI ADESIONE PER PROPOSTA COLLETTIVA N° _____

PUNTO VENDITA		MANDATO			
CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI					
RAGIONE SOCIALE			PARTITA IVA		
AZIENDA ASSOCIATA - DATI ANAGRAFICI (Da compilare solo per Aziende associate a CASSE di ASSISTENZA)					
RAGIONE SOCIALE			PARTITA IVA		
ASSICURANDO - DATI ANAGRAFICI					
Cognome		Nome		Sesso	M F
C.F.	Professione	Data di nascita	Età	Anni	Mesi
Comune di nascita		Provincia di nascita	Stato di nascita		
Cittadinanza	Cittadinanza	Telefono			
Indirizzo di residenza: via, numero civico					
C.A.P. di residenza		Località di residenza		Provincia di residenza	
Nazione di residenza					
SEDE ATTIVITA' PREVALENTE (indicare Comune)			Codice PREVALENTE ATTIVITÀ SVOLTA: (*) - Sezione A		
CODICE SOTTOGRUPPO			CODICE GRUPPO/RAMO		
Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 231/2007 e successive modificazioni e integrazioni, in caso di Contratto con Persona fisica, fornire le seguenti dichiarazioni: Contraente: Dichiaro <input type="checkbox"/> di essere Persona Politicamente Esposta <input type="checkbox"/> di non essere Persona Politicamente Esposta Se "Persona Politicamente Esposta" (P.E.P.)(*) indicare l'origine dei fondi <input type="checkbox"/> Stipendio <input type="checkbox"/> Patrimonio personale <input type="checkbox"/> Altro specificare					
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO					
Tipo documento		Numero documento			
Ente di rilascio		Località di rilascio			
Data di rilascio		Data di scadenza			
BENEFICIARI					
BENEFICIARIO CASO MORTE					
Eredi legittimi: gli eredi testamentari, o in mancanza gli eredi legittimi					
Cognome		Nome			
C.F.	Data di nascita	Comune di nascita		% del Beneficio	
Cognome		Nome			
C.F.	Data di nascita	Comune di nascita		% del Beneficio	
L'intermediario assicurativo non può assumere qualifica di beneficiario o vincolatario o creditore pignoratorio delle prestazioni previste dal contratto					
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO					
Prodotto		Tariffa			
Data assunzione		Data compilazione			
Data di decorrenza	Data di decorrenza (per mutui e prestiti) come indicato nel punto 9 delle dichiarazioni dell'Assicurato)		Numero di contratto (se valorizzato)		
Durata	Scadenza		Capitale assicurato		Euro
Premio netto	Euro	Sovrappremio	Euro	Premio totale	Euro
Costi sostenuti dall'Assicurato		Euro	Importo percepito dall'Intermediario		Euro

Il sottoscritto Assicurando:

- Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
- Dichiara** di essere a conoscenza che la presente scheda di adesione deve servire per l'ammissione all'assicurazione collettiva stipulata fra il Contraente sopra indicato e la Zurich Investments Life S.p.A.
- Dichiara** di aver ricevuto dal Contraente, nelle forme e con le modalità da quest'ultimo individuate, il fascicolo informativo e di accettarlo integralmente.



SCHEDA DI ADESIONE PER PROPOSTA COLLETTIVA N° _____

4. **Dichiara** di voler aderire all'emittenda polizza collettiva
5. **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;**
 - b) **prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
 - c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; l'Impresa, anche tramite i propri intermediari, darà evidenza del costo a carico dell'Assicurando prima dell'effettuazione degli accertamenti richiesti.**
6. **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.
7. **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 di compilazione.....
Firma (leggibile) dell'AssicurandoSOLO PER PRODOTTO *Zurich Group LTC*

8. **Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificamente l'art. "Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Società" delle Condizioni contrattuali.

.....
Luogo e data di compilazione.....
Firma (leggibile) dell'AssicurandoSOLO PER PRODOTTO *CP*

9. **Dichiara** di essere a conoscenza che l'istituto bancario che ha erogato il mutuo/prestito/fido addebiterà sul suo conto corrente il premio assicurativo comunicato da Zurich Investments Life S.p.A..
10. **Prende atto** che la decorrenza e l'entrata in vigore delle coperture assicurative, se non sussistono problemi di natura sanitaria o professionale, è quella indicata nell'art. "**Decorrenza e cessazione della garanzia**" delle Condizioni contrattuali.
11. **Prende atto** che può recedere dal contratto inviando entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life Benefits, Claims & After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, la Società provvederà a restituire il premio corrisposto, al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.
12. **Prende atto** che la Compagnia assumerà il rischio in base ai limiti di età in ingresso e capitale e alle dichiarazioni e/o documentazione medica indicati nell'art. "**Persone assicurabili - Requisiti di assicurabilità**" delle Condizioni contrattuali.
13. SOLO PER PRODOTTO *fidi* - Qualora l'Assicurato alla scadenza dell'annualità assicurativa abbia ancora in vigore il fido presso l'istituto bancario, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata con il ricalcolo del premio in base all'età raggiunta dall'Assicurato stesso. In questo caso la Contraente si impegna a comunicare nuovamente gli estremi degli assicurati che rinnovano la loro copertura assicurativa; non verrà richiesta la compilazione di una successiva scheda di adesione.

.....
Luogo e data di compilazione.....
Firma (leggibile) dell'Assicurando

14. SOLO PER PRODOTTO *mutui prestati* - **Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificamente l'Art. "**Estinzione totale o trasferimento del contratto di mutuo/finanziamento**" delle Condizioni contrattuali.

.....
Luogo e data di compilazione.....
Firma (leggibile) dell'Assicurando

Assicurando: Cognome e Nome Data di nascita.....
Professione (settore e mansioni)

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Con riferimento agli ultimi cinque anni precedenti alla data di decorrenza del contratto, l'Assicurato stesso goda dei requisiti qui di seguito descritti:

- a) non è attualmente assente dal lavoro e non presenta disturbi, malattie e/o lesioni fisiche che lo obbligano ad interrompere le normali attività della vita quotidiana in modo totale o parziale. Non è in attesa di essere sottoposto ad interventi chirurgici, analisi cliniche o di consultare un medico; Non ha mai assunto né assume sostanze stupefacenti e, al momento della sottoscrizione, non ha patologie che prevedano un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi;
- b) non è stato affetto e non è affetto da alcuna malattia acuta e/o cronica quali ad esempio disturbi a carico di sistema nervoso, apparato respiratorio, cardio vascolare oppure nefro-genito-urinario, malattie del sangue (anemie, emorragie, leucemie, linfomi), ipertensione arteriosa, sieropositività da HIV, epatite B o C, cancro, diabete, obesità (presente quando la differenza tra il peso in chilogrammi e l'altezza in centimetri non è compresa tra 82 e 119);
- c) negli ultimi 5 anni non ha presentato disturbi, malattie o lesioni fisiche che abbiano condizionato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana per un periodo superiore a 20 giorni consecutivi (eccetto la gravidanza) e non è stato ricoverato per patologie diverse dalle seguenti: difetti della vista, deviazione del setto nasale, adenotonsillite, appendicite, ernia inguinale, parto, chirurgia estetica, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi o legamenti, fratture di arti, estrazioni dentali;
- d) nello svolgimento del suo lavoro non pratica alcuna attività considerata pericolosa (vedi tabella disponibile presso l'Intermediario) o abbia soggiornato per un periodo superiore a 6 mesi in paesi extraeuropei.

Nell'eventualità che l'Assicurando non goda anche di uno solo dei requisiti di cui ai punti "A-B-C", l'assicurando stesso dovrà compilare il questionario sanitario. Se invece non verrà soddisfatto il requisito di cui al punto "D", l'assicurando dovrà compilare una autocertificazione che spieghi nel dettaglio quale attività pericolosa svolge.

.....
Luogo e data di compilazione

.....
Firma (leggibile) dell'Assicurando



SCHEDA DI ADESIONE PER PROPOSTA COLLETTIVA N° _____

Assicurando: Cognome e Nome Data di nascita

Professione (settore e mansioni)

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando pratica sports pericolosi? (es. freeclimbing, alpinismo, sub, parapendio, paracadutismo, etc.) SI NO Se SI specificare: Quali? Prende parte a gare o competizioni sportive? _____

Come professionista o come dilettante? _____

L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es. contatti con: materie velenifere, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI NO Se SI specificare: Quali? _____

L'Assicurando guida con continuità autocarri o autotreni? (specificare la merce trasportata) SI NO _____

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio - garanzia CASO MORTE

1. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc. o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (salvo per appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, chirurgia estetica, parto, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi o legamenti, fratture di arti, estrazioni dentali, deviazione del setto nasale, alluce valgo)? SI NO Se SI specificare: Per quali cause - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

2. Ha sofferto o soffre di malattie:

- dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

IN CASO DI IPERTENSIONE DICHIARI I VALORI PRESSORI: MAX. _____ MIN. _____

- dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti, cecose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, altre malattie e disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato genito-urinario? (nefriti, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo o disturbi genitali) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- dell'apparato muscolo-scheletrico? (artriti, artrosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansia, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema endocrino metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, linfomi altre malattie o disturbi) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

- del sistema immunitario? (artrite reumatoide, sindrome di Sjogren, positività ad HIV, etc.) SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Diagnosi _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

3. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti o di alcolici oppure ha in questo momento patologie che prevedono un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi? SI NO Se SI specificare: Quali - In che anno - Da quanto tempo - Quantità giornaliera - _____

Se SI specificare se guarito senza conseguenze: SI NO

4. Fa o ha fatto uso di tabacco? SI NO Se SI specificare: Da quanti anni - Quantità giornaliera - _____

HO SMESSO SI NO Da quanti anni _____

5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche od esami ematochimici (ad es. risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonoscopia, ECG) che abbiano dato esiti fuori dalla norma? Oppure è in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari? SI NO Se SI specificare: Quali - Diagnosi _____

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

**SCHEDA DI ADESIONE PER PROPOSTA COLLETTIVA N° _____****Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE**

7. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, tumore, diabete, malattie renali o malattie ereditarie prima dell'età di 65 anni? SI Se SI specificare: Quali - Grado di parentela - A che età - Presenza in vita (SI/NO)
 NO _____
8. Ha praticato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici? SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Motivo - Esito
(sangue, urine, radiografie, fondo oculare, elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi, TAC, risonanza magnetica o altro) NO _____
9. Assume abitualmente medicinali? SI Se SI specificare: Quali - Da quanto tempo - Per quale motivo
 NO _____
10. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. _____ Min. _____

Dichiarazioni aggiuntive per copertura INVALIDITÀ

11. Ha mai percepito, percepisce o ha fatto richiesta di pensione di invalidità? SI Se SI specificare: Quali - Grado di invalidità riconosciuta
Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO _____

Dichiarazioni aggiuntive per la copertura complementare Long Term Care

12. Attualmente vive da solo con il coniuge con un parente/amico altro _____
13. Attualmente è in pensione? SI Se SI specificare: Da quando e quale professione svolgeva
 NO _____
- È andato in pensione per motivi di salute? SI Se SI specificare: La causa precisa
 NO _____
14. Ha mai sofferto di o ricevuto cure per malattie neurologiche quali ad esempio malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, malattia dei moto neuroni, epilessia, o qualsiasi altro disturbo progressivo invalidante? SI Se SI specificare: Tipo di malattia - Durata - Trattamento ed esiti
 NO _____
15. È mai caduto negli ultimi 12 mesi? SI NO
16. Soffre di perdite di memoria o stati confusionali? SI NO
17. Come valuta il proprio stato di salute attualmente? ottimo molto buono buono discreto scarso
18. Come è il suo stato di salute attuale rispetto a 12 mesi fa? migliore uguale peggiore
19. Usa una sedia a rotelle, le stampelle, il bastone o altri ausili ai movimenti? SI NO
20. Necessita di assistenza nello svolgimento di attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa? SI Se SI fornire precisazioni in merito
 NO _____
21. Guida? SI Se guidava, ma ha smesso, voglia specificare il motivo
 NO _____



SCHEDA DI ADESIONE PER PROPOSTA COLLETTIVA N° _____
Consenso al trattamento ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003

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

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

Nome e Cognome Assicurato

Luogo, data e firma (leggibile) dell'Assicurato

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

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

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

Nome e Cognome Assicurato

Luogo, data e firma (leggibile) dell'Assicurato

Informativa relativa all'accesso all'Area Clienti Riservata

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

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

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

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione:
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603
Capitale sociale €164.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027
Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2
C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

06.2016 - 8.865

