

Condizioni di assicurazione

Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo per il caso di morte

WHITE COLLARS M - ed. 05/16 pag 1 di 14

WHITE COLLARS M



PARTE I - PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 Prestazioni

L'assicurazione di gruppo di cui al presente contratto è un'assicurazione in forma collettiva monoannuale - rinnovabile di anno in anno alla data riportata nel contratto di assicurazione - che garantisce la copertura del rischio di morte degli assicurati, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

L'assicurazione comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

Evento che colpisca più teste

L'assicurazione comprende il sinistro che colpisca più assicurati 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 relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Capitali assicurati

I capitali assicurati all'inizio di ogni periodo assicurativo sulle singole teste sono comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base alle norme contenute nel Contratto, nell'Accordo e/o nel Regolamento aziendale. Tali capitali saranno comunque rispondenti a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

La Società si riserva di accettare un capitale assicurato pro-capite superiore a euro 1.000.000,00 e, in tal caso, di fissare particolari condizioni di accettazione del rischio.

In caso di morte dell'Assicurato, sempreché questi sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato sopra definito.

Art. 2 Limiti di età

Possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi un'età non inferiore a 18 e non superiore a 75 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 75 anni di età.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Art. 3 Ingresso e permanenza in assicurazione

Ai fini dell'ingresso in assicurazione, il Contraente fornirà alla Società l'elenco delle persone da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, premio da versare.

Esso fornirà inoltre ogni tipo di documentazione che dalla Società fosse richiesta per l'inserimento degli assicurandi nel contratto collettivo o per il pagamento delle prestazioni garantite e per la corretta esecuzione del contratto.

La copertura è in ogni caso subordinata:

- alle dichiarazioni rese dall'assicurando al momento dell'adesione;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti;
- al pagamento del premio di assicurazione.

La garanzia cessa al momento della comunicazione alla Società da parte del Contraente, il quale indicherà gli estremi della posizione individuale e il motivo della cessazione della copertura assicurativa.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza annuale per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà al Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo sub-annuale per il quale la copertura non è più richiesta, calcolato sul premio annuo di assicurazione al netto dell'importo fisso di cui al successivo Art. 10.

Art. 4 Esclusioni

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi punti.

Esclusioni

E' esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa del beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; la copertura si intende comunque esclusa in caso di uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso o l'invalidità totale e permanente avvengono dopo 14 giorni dalla data di inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Art. 5 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio che viene assunto da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali la società non avrebbe dato il suo consenso alla copertura della posizione individuale, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la società stessa:

- a. quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di annullare la copertura relativa alla posizione individuale entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare qualsiasi pagamento se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- b. quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di recedere dalla posizione individuale entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - nell'ipotesi che il sinistro si verifichi prima che la società conosca il vero stato delle cose, o prima che la Società abbia dichiarato di voler recedere, di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal contraente in occasione della sottoscrizione della proposta o polizza.

Il contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) all'Impresa lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea. In caso di mancato adempimento, il contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato all'Impresa in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

Art. 6 Documentazione assuntiva, accertamenti e dichiarazioni dell'assicurando

La documentazione necessaria per l'accettazione in garanzia è dettagliata all' **Allegato I**.

La documentazione di cui all'Allegato I va presentata entro quarantacinque giorni dalla data di decorrenza indicata nella richiesta di copertura da parte del Contraente. Durante i predetti quarantacinque giorni viene prestata una garanzia provvisoria limitata al solo caso di morte da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'assicurando. Tale garanzia provvisoria è prestata per il capitale da assicurare e comunque fino ad un massimo di Euro 220.000,00. La garanzia provvisoria decade immediatamente in caso di comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Società.

La mancata presentazione della documentazione annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata.

La Società, entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta, si riserva, in base alle risultanze di tali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone notizia al Contraente.

La Società potrà richiedere la presentazione di ridotti accertamenti o di documentazione particolare in relazione alla numerosità del gruppo da assicurare o alle attività normalmente espletate da ciascun assicurando.

Art. 7 Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono i soggetti previsti dal Contratto, dall'Accordo e/o dal Regolamento Aziendale.

In assenza di tali previsioni, i beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato stesso o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.

PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 8 Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente appone la firma nel contratto di assicurazione rilasciato dalla Società.

La decorrenza del contratto è indicata nel contratto di assicurazione rilasciato dalla Società.

Per ciascuna posizione individuale la copertura assicurativa decorre dalla data richiesta dal Contraente alla Società ed è subordinata alle condizioni di cui al precedente Art. 3.

Art. 9 Durata del contratto e della posizione assicurativa

Il contratto ha una durata minima di un anno e massima di cinque anni a partire dalla data di decorrenza indicata nel contratto di assicurazione e si rinnova automaticamente alla scadenza di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti almeno tre mesi prima della scadenza stessa.

Ciascuna posizione individuale ha durata pari ad un anno e si rinnova automaticamente di anno in anno, alla data di ricorrenza annuale indicata nel contratto di assicurazione rilasciato dalla Società, fino alla scadenza del contratto.

Nel primo anno di assicurazione, qualora la decorrenza della posizione assicurativa non coincida con la data di ricorrenza annuale, la durata della posizione stessa è pari al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di ricorrenza annuale.

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dalle Autorità di controllo alle presenti condizioni troveranno automatica applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione, successiva alla data delle modifiche.

PARTE III – PREMI

Art. 10 Premi di Assicurazione

Il Contraente s'impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ciascun periodo assicurativo, a corrispondere il premio di assicurazione, determinato come di seguito indicato.

Il premio annuo di assicurazione per ogni singolo assicurando sarà calcolato in base alle modalità e ai tassi di premio di cui all'**Allegato II**, con riferimento alla numerosità del gruppo, all'età raggiunta alla data di decorrenza o di ricorrenza annuale dell'assicurazione e al relativo capitale assicurato.

Al valore così ottenuto verrà aggiunto un importo fisso, per ogni testa da assicurare, pari a euro 10,00. L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio, determinati riducendo i premi annui come sopra definiti, in proporzione ai giorni di durata della copertura.

Qualora i pagamenti avvengano tramite bonifico bancario o a mezzo di addebito diretto SEPA (SDD) la data di versamento coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o all'intermediario nei casi previsti.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dall'assicurazione, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati rimarranno acquisiti dalla Società.

Art. 11 Documenti prodotti dalla Società

La Società rilascerà al Contraente - in occasione di ciascun versamento - una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'Appendice-distinta facente parte integrante del contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'Appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi l'Appendice-distinta s'intenderà controllata e ritenuta esatta.

Su preventiva ed esplicita richiesta del Contraente, la Società rilascerà annualmente la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle vigenti normative in materia.

Art. 12 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento di una annualità di premio determina, trascorsi 45 giorni dalla data di rinnovo delle posizioni assicurative, la risoluzione del contratto.

In tal caso le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

Art. 13 Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni. Tali atti diventano efficaci nei confronti della Società solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione sul contratto o su apposita appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Art. 14 Imposte e tasse

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, del beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 15 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'Art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste Condizioni di assicurazione (Allegato III e IV, nei casi previsti, e Allegato V) e a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

Art. 16 Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, o del beneficiario o dei loro aventi diritto.
Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al 1° comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

Art. 17 Documentazione da consegnare agli assicurati

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in tutto o in parte il premio o sia portatore di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare all'Assicurato stesso le Condizioni di assicurazione, comprensive del documento indicante i costi a carico degli assicurati (Allegato III - bis del presente Fascicolo).

Qualora gli assicurati sostengano, in tutto o in parte, l'onere connesso al pagamento del premio o siano portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna inoltre a sottoporre all'Assicurato il questionario di valutazione dell'adeguatezza allegato al contratto e a restituire alla Società il questionario compilato.

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in tutto o in parte il premio o sia portatore di un interesse alla prestazione, l'Assicurato ha la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di Agenzia e operazioni societarie straordinarie.

PARTE V – PAGAMENTI DELLA SOCIETA'

Art. 18 Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa - direttamente o tramite la sua rappresentanza cui è assegnato il contratto - i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, i quali dovranno presentare anche la fotocopia di un documento d'identità valido, qualora non sia già stato presentato o sia scaduto, insieme alla richiesta scritta di pagamento.

Per i pagamenti conseguenti alla morte dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

- certificato di morte;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 118; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti);
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dal quale risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non sia stato impugnato e l'eventuale indicazione degli eredi legittimi e testamentari se i beneficiari caso morte sono indicati in modo generico;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

La Società esegue i pagamenti agli aventi diritto, per il tramite del Contraente, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

ALLEGATO I

DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA

In riferimento a quanto previsto all'Art. 6 delle Condizioni di assicurazione e in relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun assicurando, per l'accettazione in garanzia è necessaria la presentazione di quanto di seguito indicato.

Per un capitale assicurato **inferiore o uguale a euro 105.000,00**, è richiesta la sottoscrizione da parte dell'assicurando dell'Atto di adesione (**Allegato III**); qualora questo non fosse possibile è richiesta la presentazione del questionario sanitario (**Allegato IV**).

Qualora il gruppo di teste da assicurare fosse superiore a 25, in sostituzione dell'Atto di adesione sarà sufficiente che il contraente presenti una dichiarazione attestante che gli assicurati non sono risultati assenti per più di 10 giorni lavorativi consecutivi negli ultimi 12 mesi o per più di 5 giorni lavorativi consecutivi nell'ultimo mese, a far data dalla decorrenza della copertura.

Per un capitale assicurato **superiore a euro 105.000,00 e fino a euro 310.000,00**, in aggiunta al precitato Atto di adesione è richiesta anche la compilazione del Questionario sanitario (**Allegato IV**).

Per un capitale assicurato **superiore a euro 310.000,00 e fino a euro 520.000,00**, oltre a quanto previsto nel capoverso precedente, è necessaria la presentazione di una visita medica (**Modello 16**) fatta da un medico di fiducia della Società o da uno specialista in cardiologia o medicina interna, corredata dall'esame completo delle urine praticato presso un laboratorio, dagli esami ematici (azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolemia totale, H.D.L., trigliceridemia, uricemia, HCV, HBsAg (se positivo eseguire anche HBeAg), PSA totale e libero per uomini di età superiore a 45 anni), esame teleradiografico del torace, ECG basale e da sforzo massimale (al cicloergometro o tappeto rotante) con tracciati completi di tutte le 12 derivazioni per ogni carico di lavoro e con indicazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica per ogni carico di lavoro e test HIV.

Per un capitale assicurato **superiore a euro 520.000,00 e fino a euro 1.000.000,00**, oltre a quanto sopra richiesto occorre presentare: prove complete di funzionalità epatica (transaminasi, gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico, fosfatasi alcalina), esame emocromocitometrico e morfologico, velocità di eritrosedimentazione e Pap test (per donne di età compresa tra i 25 e i 55 anni).

Qualora l'assicurando non si sottoponga agli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, verrà applicato un periodo di carenza di sette anni, durante il quale la copertura assicurativa non sarà operante in caso di morte dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero a patologie ad essa collegate.

Il Contraente comunicherà alla Società - per l'esatta valutazione dei rischi - l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita dei medesimi partecipanti al contratto in termini, da essa stessa stipulata o comunque di cui fosse a conoscenza. La Società terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per la valutazione del rischio e per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

I costi degli accertamenti sanitari e degli esami effettuati, sono a totale carico del Contraente.

ALLEGATO II

TARIFFA WHITE COLLARS – Assicurazione Caso Morte

Premio annuo di assicurazione per 1 euro di capitale pagabile in caso di morte dell'Assicurato, se l'evento si verifica entro il termine stabilito di un anno, trascorso il quale l'assicurazione si estingue.

Ai fini della determinazione del numero di teste assicurate per l'individuazione della fascia di appartenenza, si farà riferimento al numero degli assicurati comunicati alla data di stipulazione del presente contratto, o a quella del rinnovo annuale delle coperture

Età	da 1 a 4	da 5 a 24	da 25 a 249	da 250 a 999	più di 1000
18	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
19	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
20	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
21	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
22	0,00071	0,00067	0,00064	0,00060	0,00058
23	0,00073	0,00069	0,00065	0,00062	0,00059
24	0,00073	0,00069	0,00065	0,00062	0,00059
25	0,00073	0,00069	0,00065	0,00062	0,00059
26	0,00073	0,00069	0,00065	0,00062	0,00059
27	0,00073	0,00069	0,00065	0,00062	0,00059
28	0,00071	0,00067	0,00064	0,00060	0,00058
29	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
30	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
31	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
32	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
33	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
34	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
35	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
36	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
37	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
38	0,00070	0,00066	0,00063	0,00059	0,00057
39	0,00080	0,00075	0,00071	0,00067	0,00064
40	0,00091	0,00086	0,00081	0,00077	0,00074
41	0,00105	0,00098	0,00093	0,00088	0,00085
42	0,00118	0,00111	0,00105	0,00100	0,00096
43	0,00133	0,00125	0,00118	0,00111	0,00107
44	0,00147	0,00138	0,00131	0,00124	0,00119
45	0,00162	0,00152	0,00144	0,00136	0,00131
46	0,00177	0,00166	0,00157	0,00149	0,00143
47	0,00192	0,00181	0,00171	0,00162	0,00156
48	0,00208	0,00196	0,00186	0,00175	0,00169
49	0,00226	0,00212	0,00201	0,00189	0,00183
50	0,00244	0,00229	0,00217	0,00205	0,00198
51	0,00264	0,00248	0,00235	0,00222	0,00214
52	0,00287	0,00270	0,00255	0,00241	0,00232
53	0,00312	0,00294	0,00278	0,00262	0,00253
54	0,00342	0,00321	0,00304	0,00287	0,00277
55	0,00375	0,00352	0,00334	0,00315	0,00304
56	0,00414	0,00389	0,00368	0,00348	0,00335
57	0,00459	0,00431	0,00408	0,00385	0,00371
58	0,00510	0,00480	0,00454	0,00429	0,00414
59	0,00571	0,00536	0,00508	0,00479	0,00462
60	0,00640	0,00602	0,00570	0,00538	0,00519
61	0,00699	0,00657	0,00622	0,00587	0,00566
62	0,00761	0,00715	0,00677	0,00639	0,00616
63	0,00821	0,00772	0,00731	0,00690	0,00665
64	0,00906	0,00852	0,00806	0,00761	0,00734
65	0,01008	0,00948	0,00897	0,00847	0,00817
66	0,01126	0,01058	0,01002	0,00946	0,00912
67	0,01255	0,01180	0,01117	0,01054	0,01017
68	0,01382	0,01299	0,01230	0,01161	0,01120
69	0,01541	0,01449	0,01372	0,01295	0,01249
70	0,01725	0,01622	0,01535	0,01449	0,01397
71	0,01908	0,01793	0,01698	0,01603	0,01545
72	0,02122	0,01994	0,01888	0,01782	0,01719
73	0,02334	0,02194	0,02077	0,01960	0,01890
74	0,02586	0,02431	0,02301	0,02172	0,02095
75	0,02874	0,02701	0,02558	0,02414	0,02328

ATTO DI ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE WHITE COLLARS

Dati Anagrafici

Cognome Nome: Sesso: M F

Luogo e data di nascita: Codice Fiscale:

Azienda di appartenenza:

Professione dell'assicurato (specificare dettagliatamente):

Dati Assicurativi

Capitale assicurato: euro Decorrenza assicurativa:/...../.....

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato (da indicare solo se diversi da quelli stabiliti nel contratto):
.....

Dichiarazioni dell'Assicurando

Il sottoscritto assicurando:

- 1) dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, che il presente modulo di adesione deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con Generali Italia S.p.A.;
- 2) dichiara di **NON** essere titolare di pensione d'invalidità e di **NON** avere in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente di previdenza obbligatoria di appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi;
- 3) dichiara di essere in buono stato di salute e di **NON** avere in programma ricoveri, controlli e/o indagini, anche non invasive, collegati a patologie in atto o pregresse e di **NON** essersi sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti sanitari che abbiano rivelato situazioni non normali.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando 

.....

Qualora l'assicurato non possa sottoscrivere la dichiarazione sopra riportata, con particolare riferimento al secondo e/o terzo punto, sarà necessaria la compilazione – in sostituzione del presente Atto di adesione – del Questionario sanitario per l'assicurazione White Collars (Allegato IV) compilato in ogni sua parte.

Avvertenze relative ai questionari:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

L'assicurato dovrà in ogni caso firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili (Allegato V).

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento del premio, l'Assicurando dovrà ricevere anche l'Allegato III – bis.

DOCUMENTO ILLUSTRATIVO DEI COSTI DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO IN CASO EGLI SOSTENGA IN TUTTO O IN PARTE L'ONERE ECONOMICO CONNESSO AL PAGAMENTO DEL PREMIO

Costi gravanti sul premio:

Caricamenti			Quota parte percepita dall'intermediario
Costi di gestione	<i>Costo di Gestione Fisso</i>	€ 10,00 per ciascuna posizione individuale	10,0%
	<i>Costo di Gestione Percentuale</i>	5,0% applicato al premio al netto del Costo di Gestione Fisso	0,0%
Costo di acquisizione	10,0% applicato al premio al netto del Costo di Gestione Fisso		100,0%

Avvertenza: qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo costo – pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'Assicurato stesso – è a carico del Contraente.

QUESTIONARIO SANITARIO PER L'ASSICURAZIONE WHITE COLLARS

Dati Anagrafici

Cognome e Nome: Data di nascita/...../.....

Sesso: M F Codice fiscale: Dipendente di (*):

(* indicare il Contraente del contratto collettivo o l'Azienda associata.
Con la qualifica di

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

QUESTIONARIO SANITARIO

(barrare SI' o NO)

1. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche? SI NO

Se SI, indicare:
quali
epoca e durata
quale terapia segue o ha seguito

2. Si sono verificati nella Sua famiglia (genitori, fratelli o sorelle): tumori maligni, malattie cardiache, ictus, ipertensione giovanile, gotta, dislipidemie, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie?

Se SI, indicare: SI NO
la patologia
il grado di parentela
l'epoca e la durata
le conseguenze

3. Si è mai sottoposto a visite specialistiche, esami clinici o accertamenti diagnostici che abbiano rivelato situazioni anormali? (es. elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine, test HIV, marker epatite, altri) SI NO

Se SI, indicare:
quali

4. E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotipici oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? SI NO

Se SI, indicare:
quando
motivo
durata
esito

(NON indicare ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia)

5. Indicare peso ed altezza: **Peso** kg. **Altezza** cm.

6. Chi è il Suo medico curante o abituale (precisare nominativo e indirizzo) ?

Se ha risposto affermativamente ad uno dei punti da 1 a 4 rispondere alla seguente domanda:

	SI	NO
--	-----------	-----------

Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni?
Se SI, indicare:
 quali (nominativo e indirizzo)

.....
 quando e per quali motivi

.....

7. E' o è stato titolare di pensione d'invalidità o ha in corso pratiche per il suo riconoscimento presso l'Ente di previdenza obbligatoria di appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi? **SI** **NO**
Se SI, indicare:
 il grado di invalidità

.....
 l'Ente e la data di riconoscimento o della richiesta

.....

	SI	NO
--	-----------	-----------

8. Fuma o ha mai fumato più di 20 sigarette al giorno?
Se SI, indicare la quantità giornaliera e il periodo

.....

Attività sportive dell'assicurato (barrare la casella in caso affermativo)

1) Nessuna attività sportiva.

2) Sci, tennis, ciclismo in forma non agonistica, caccia, pesca, nuoto, calcio (senza iscrizione alla FIGC e senza partecipazione a tornei), escursionismo alpino, footing, tutti esercitati in forma dilettantistica.

3) Alpinismo di qualsiasi grado purchè non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con aut-respiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli.

4) Ciclismo agonistico.

5) Volo con deltaplano non a motore o parapendio.

6) Altro (precisare dettagliatamente)

.....

Le attività 1) e 2) non comportano pagamento di sovrappremi

Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base del quale verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;

- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;

- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;

- dichiara infine di aver preso conoscenza che, in caso di decesso dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero a patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato se: a) il sinistro avviene nei primi 5 anni di polizza per i contratti assunti senza visita medica; b) il sinistro avviene nei primi 7 anni di polizza nel caso in cui l'Assicurato, pur in presenza di una visita medica, non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio, per la stipulazione della polizza.

Firma dell'Assicurando

Luogo e data

.....

ALLEGATO V

Contratto n.

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi(1) (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi(2), saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa(3).

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero(4). I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: Privacy, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY/100/05

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2016

Glossario

Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo per il caso di morte

WHITE COLLARS M - ed. 05/16 pag 1 di 6

WHITE COLLARS M



Agli effetti del presente fascicolo informativo si intendono per:

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Costo percentuale (caricamento)	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.
Data di decorrenza del contratto	La data di riferimento, indicata in contratto, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Data di ricorrenza	La data in cui la Società richiede il pagamento del premio monoannuale per ciascuna posizione individuale, al fine di consentire il rinnovo della copertura assicurativa.
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 delle imposte sui redditi.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
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.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'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 del contratto.
Premio monoannuale	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere all'inizio di ogni anno assicurativo per dare efficacia all'assicurazione.
Prestazione assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il Contraente chiede a Generali Italia S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione.

Questionario sanitario per l'assicurazione sulla vita

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.

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

Generali Italia S.p.A., altresì definita impresa o compagnia, che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Società nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni 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).

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2016

