ATHORA

TUTELA

LIFE PROTECTION

Set Informativo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A PREMIO ANNUO E CAPITALE COSTANTI

Il presente Set Informativo, contenente:

- **Dip Vita** (Documento informativo precontrattuale);
- **DIP Aggiuntivo Vita** (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo)
- **Condizioni di assicurazione** (comprensive di Glossario);
- **Proposta di assicurazione** (Fac-Simile).

Deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta/polizza di assicurazione.

Il presente Set Informativo è redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari.

Data di realizzazione del Set Informativo: 31 ottobre 2022

Gruppo Assicurativo Athora Italia
AT5020 - Ediz. 10/2022

TUTELA LIFE PROTECTION
Copia per il Cliente

ENTRA NELLA TUA AREA PERSONALE

Accedi al sito **www.athora.it/area-clienti**
e con pochi click potrai entrare nella tua area personale
“Le mie polizze”, dove troverai:

- **Le coperture assicurative in essere sulle tue polizze**
- **Situazione dei pagamenti, quotazioni e scadenze**
- **Le tue Condizioni Contrattuali**
- **Comunicazioni, aggiornamenti... e molto di più**

Che informazioni occorrono? Poche:

1. codice fiscale/partita iva;
2. numero di polizza posseduta;
3. indirizzo e-mail (necessario per l’invio delle credenziali di accesso).

Se sei già registrato nell’Area Riservata
la piattaforma è stata aggiornata con nuove funzionalità dispositive.

Al primo accesso sarà necessario impostare una nuova password
seguendo le indicazioni sul sito
www.athora.it/area-clienti

amissima VITA

ATHORA

AMISSIMA VITA DIVENTA ATHORA ITALIA

IL GRUPPO ATHORA, IN SINTESI

€ 67 miliardi
di patrimonio amministrato
(al 30 giugno 2022)

3,2 milioni*
di Clienti assicurati
*incluso la proposta di trasferimento portafoglio con NN Belgium e Axa Germany (soggetti ad approvazione).

€ 4,2 miliardi
di capitale per supportare
i piani di crescita del gruppo

2.000
dipendenti

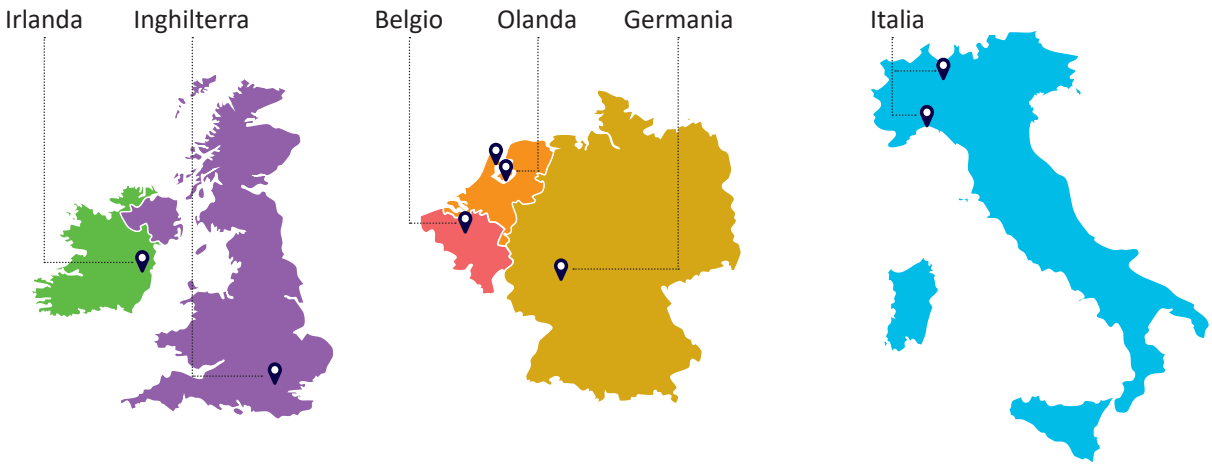
Ratings

A (Stable)
Fitch rating delle società controllate da Athora (Athora Ireland plc, Athora Life Re Ltd. e SRLEV N.V.)

A- (Stable)
Fitch rating di Athora Holding Ltd. e Athora Netherlands N.V.

192 %
Solvency ratio
(al 30 giugno 2022)

IL GRUPPO E LE SUE SEDI



PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP Vita)

ATHORA ITALIA S.p.A

Tutela Life Protection

Data di realizzazione: 31 ottobre 2022 **Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile**

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza Tutela Life Protection è un'assicurazione sulla vita che, in caso di morte entro la scadenza prestabilita, garantisce la liquidazione ai Beneficiari designati del "capitale assicurato".

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) ***Prestazione in caso di decesso:*** *in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, Athora Italia S.p.A. garantisce la liquidazione ai Beneficiari designati del "capitale assicurato" stabilito all'emissione del contratto, costante per tutta la durata dell'assicurazione e che non potrà essere inferiore a 30.000,00 euro.*

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato, alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Compagnia.

Su tua richiesta, la polizza può essere arricchita con una o più delle seguenti garanzie complementari:

b) ***Prestazione in caso di morte da infortunio*** *(1° garanzia complementare).*

c) ***Prestazione in caso di morte da infortunio dovuto ad incidente stradale*** *(2° garanzia complementare).*

Per tali garanzie complementari il premio accessorio che dovrai corrispondere è funzione del capitale assicurato a fronte della garanzia base e della garanzia accessoria richiesta.
Tali garanzie complementari sono dettagliate nel documento informativo precontrattuale DIP aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

– *Non sono assicurabili persone di età inferiori ai 18 anni e persone di età superiori ai 75 anni compiuti.*

Ci sono limiti di copertura?

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- ! *attività dolosa tua o del Beneficiario;*
- ! *tua partecipazione a delitti dolosi;*
- ! *tua partecipazione attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare;*
- ! *eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;*
- ! *guida di veicoli e natanti a motore per i quali tu non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;*
- ! *incidente di volo, se viaggi a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se viaggi in qualità di membro dell'equipaggio;*
- ! *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;*
- ! *attività sportive pericolose, non dichiarate come praticate alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente;*
- ! *abuso di droghe, psicofarmaci, alcolici di qualsiasi tipo.*

Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

- *Hai il dovere di fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare.*
  Hai l'obbligo di sottoporti a visita medica che viene richiesta dalla Compagnia, se il capitale assicurato o il cumulo dei capitali assicurati (in caso di presenza di altri contratti con componente caso morte) sia superiore a 250.000,00 euro e/o laddove la tua età alla stipula del contratto sia uguale o superiore a 60 anni (in questo caso è obbligatorio anche presentare l'esame delle urine in laboratorio). Inoltre, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria qualora dal questionario anamnestico emergano particolari fattori di rischio. Nel caso in cui dal questionario anamnestico emergano dichiarazioni relative ad attività professionali, extra-professionali o sportive che potrebbero aggravare il rischio assumibile dalla Compagnia, la stessa si riserva la facoltà di richiedere ulteriori informazioni al riguardo anche dietro compilazione da parte tua di questionari specifici sulle attività svolte; ovvero stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione del rischio in esame.
- *Per i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. I suddetti documenti sono: richiesta di liquidazione da parte degli aventi diritto in carta semplice, con possibilità a discrezione dei soggetti predetti, di utilizzare un apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia; copia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale di ciascun Beneficiario (se non già presentati o scaduti); certificato di morte; relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle tue abitudini di vita, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla Compagnia e reperibile presso l'Intermediario che gestisce il contratto, per determinare le cause del decesso; copia delle cartelle cliniche in caso di ricovero ospedaliero; eventuale altra documentazione relativa alle cause del decesso nel caso l'evento si sia verificato per cause diverse dalla malattia; dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta ad identificare gli aventi diritto alla liquidazione delle prestazioni assicurate, qualora nel contratto ne sia stata fatta menzione generica, ed a comprovare se tu abbia o meno redatto testamento; se tra i Beneficiari vi sono minori: Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione del capitale e ne determini l'impiego; modello FATCA/CRS.*

Quando e come devo pagare?

Il premio pagato è determinato in relazione al livello della garanzia prestata, alla durata contrattuale, alla tua età al momento della sottoscrizione della Polizza, al tuo stato di salute, al tuo status di non fumatore oppure fumatore, alla tua attività professionale, all'attività sportiva eventualmente praticata e al livello (amatoriale, agonistico...). Le prestazioni ed il premio sono indipendenti dal sesso.

- *A fronte della garanzia prestata, dovrai corrispondere alla Compagnia premi annui anticipati costanti per tutta la durata contrattuale prescelta, ma non oltre l'anno del decesso. Qualora tu interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Compagnia senza diritto a capitale ridotto o valore di riscatto. È comunque fatto divieto all'intermediario di Athora Italia S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.*
- *Il premio annuo è costante e può esser pagato anche in rate sub-annuali: semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili. I costi di frazionamento sono descritti nel documento informativo precontrattuale DIP aggiuntivo.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *Il contratto ha una durata minima di 2 anni e una durata massima di 20 anni.*
- *Il contratto si conclude nel momento in cui la Compagnia rilascia la polizza. L'assicurazione è operante dalle ore e dal giorno indicato nel contratto a condizione che il premio sia stato pagato.*

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

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, hai la facoltà di revocare la tua Proposta di Assicurazione. Inoltre, puoi recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui sei informato che il contratto è concluso. In entrambi i casi, dovrai notificare la tua volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

Sono previsti riscatti o riduzioni? [x] SI [ ] NO

- *Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, hai comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro tua espressa domanda e accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.*
- *La presente polizza non ammette né riscatti né riduzioni.*

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione *Temporanea Caso Morte*

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

ATHORA ITALIA S.p.A

Tutela Life Protection

Data di realizzazione: 31 ottobre 2022 **Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Athora Italia S.p.A., Mura di Santa Chiara, n. 1; CAP 16128; Genova; tel. +39 010 54981; sito internet: www.athora.it; e-mail: SegreteriaSocietaria@athora.com; PEC: athoraitalia@pec.athoraitalia.it.

Athora Italia S.p.A. - Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo Athora Italia, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi IVASS, con Socio Unico Athora Italy Holding D.A.C. e soggetta alla direzione e coordinamento da parte di Athora Holding Ltd. - Sede legale e Direzione Generale: Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 Genova, Italia T +39 010 54981 F +39 010 5498518 Capitale Sociale Euro 50.431.778,28 i.v. - Registro delle Imprese di Genova CF 01739640157 - PI 03723300103 - REA GE 373333 - Albo Imprese Ivass 1.00039 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 14.3.73 (G.U. del 19.4.73 n. 103) - athoraitalia@pec.athoraitalia.it - www.athora.it - Impresa soggetta al controllo dell'organo italiano di vigilanza IVASS, Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2021, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del patrimonio netto di Athora Italia S.p.A. è pari ad Euro 183.629.569: la parte relativa al Capitale Sociale è pari a Euro 50.431.778 e le Riserve patrimoniali sono pari a Euro 115.050.849.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), raggiungibile dalla Home Page del sito www.athora.it, dove è rappresentato al 31 dicembre 2021 l'indice di Solvibilità (Solvency Ratio) pari a 181%, il requisito patrimoniale di solvibilità di 159.716.337 euro, il requisito patrimoniale minimo di 71.872.352 euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura, rispettivamente di 288.812.695 euro e di 223.328.997 euro.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Su tua richiesta, il contratto può essere arricchito con una o più delle seguenti garanzie:

a) ***Prestazione in caso di morte da infortunio (1° garanzia complementare):*** *in caso di tua morte a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, è previsto il pagamento, ai beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, di ammontare pari al "capitale assicurato" della garanzia principale, con un limite massimo di 100.000,00 Euro.*

b) ***Prestazione in caso di morte da infortunio dovuto ad incidente stradale (2° garanzia complementare):*** *nell'ipotesi in cui la tua morte a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, sia dovuta ad incidente della circolazione, è previsto il pagamento ai beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, pari al doppio del "capitale assicurato" della garanzia principale, con un limite massimo di 100.000,00 Euro.*

Per tali garanzie complementari il premio aggiuntivo che dovrai corrispondere è funzione del capitale assicurato a fronte della garanzia base e della garanzia complementare richiesta.

Le garanzie complementari comprendono il decesso causato da:

- *asfissia non di origine morbosa;*

- *avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;*
- *affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti o di aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza;*
- *annegamento;*
- *assideramento, congelamento, folgorazione;*
- *colpi di sole o di calore;*
- *lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;*
- *infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;*
- *infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;*
- *infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.*

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Fermo restando che la morte deve essere conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, resta stabilito che **l'assicurazione complementare infortuni** non è operante nei casi di decesso conseguente all'influenza che queste lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse o qualora il decesso si sia verificato dopo un anno dal giorno delle lesioni stesse.* *Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi ditali affezioni.*

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione complementare, gli infortuni causati:

- *dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;*
- *dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;*
- *dall'uso anche come passeggero, di deltaplani ed ultraleggeri nonché di velivoli o elicotteri eserciti da: Società/Aziende di Lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;*
- *da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- *da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- *da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- *da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;*
- *da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
- *dalla pratica di pugilato, atletica pesante, e lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto del trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	***Denuncia di sinistro:*** *Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.*
	Prescrizione: *i pagamenti dovuti dalla Compagnia ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista nella sezione "Che obblighi ho" del Dip vita. La Compagnia esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Compagnia e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto.* ***Avvertenza:*** *La normativa vigente (art. 2952 comma 2 c.c.) prevede che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Si rammenta inoltre che, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie.*
	Liquidazione della prestazione: *I pagamenti dovuti dalla Compagnia ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista nella sezione "Che obblighi ho" del DIP. La Compagnia esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Compagnia e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale,*

	a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Si richiama l'attenzione sull'obbligo per il Contraente di comunicare alla Compagnia le modifiche di attività professionali o sportive dell'Assicurato avvenute nel corso della durata contrattuale (art. 1926 c.c.). Laddove la Compagnia rilevi un aggravio di rischio rispetto al momento della conclusione del contratto, entro 15 giorni, può disporre la cessazione degli effetti del contratto, un cambiamento in termini di premio ovvero una riduzione della somma assicurata. Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare la Compagnia nel caso di modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto. In particolare, qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 (trenta) giorni. Se il Contraente dichiara di non accettare la variazione del premio o la riduzione del capitale assicurato, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso. Il silenzio del Contraente vale come adesione alla proposta dell'assicuratore. Le comunicazioni e dichiarazioni previste avvengono mediante raccomandata.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*Nell'ipotesi in cui il premio sia corrisposto in rate sub-annuali la maggiorazione di costo è la seguente:* *· 1,75% per il frazionamento semestrale;* *· 2,25% per il frazionamento quadrimestrale;* *· 2,50% per il frazionamento trimestrale;* *· 2,75% per il frazionamento bimestrale;* *· 3,00% per il frazionamento mensile.* *I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:* *bonifico bancario a favore di Athora Italia S.p.A.;* *bonifico bancario a favore dell'Agente di Athora Italia S.p.A., espressamente in tale qualità;* *assegno circolare non trasferibile intestato ad Athora Italia S.p.A;* *assegno circolare non trasferibile intestato all'Agente di Athora Italia S.p.A., espressamente in tale qualità;* *tutte le altre forme di pagamento previste e comunicate dalla Società all'intermediario, il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito "avviso alla clientela".* ***Assicurazione complementare infortuni**: per avere diritto a questa prestazione il Contraente deve versare i relativi premi annui di importo costante e indicati in polizza, insieme e con le stesse modalità previste per l'assicurazione principale.* *L'assicurazione complementare infortuni si risolve, non producendo qualsiasi valore ed effetto, e i relativi premi corrisposti restano acquisiti alla Compagnia:* – *in caso di sospensione del versamento dei relativi premi;* – *in caso di sospensione del versamento dei premi relativi all'assicurazione principale.*
Rimborso	*Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della proposta, nonché entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto.*
Sconti	*Il presente contratto può prevedere sconti in virtù di iniziative commerciali stabilite dalla Compagnia.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*Per durata dell'assicurazione si intende l'intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità il contratto. La presente polizza è stipulabile unicamente per durate comprese tra 2 e 20 anni.*
Sospensione	*Qualora l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione.* *Il "periodo di carenza" viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza sopra indicata qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.* *Il "periodo di carenza" resta attivo in caso di epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS). Il periodo di carenza decade nel caso in cui l'assicurando si sottoponga ai test medici previsti dal Sistema Sanitario Nazionale che attestino la negatività del soggetto alla pandemia. Durante il "periodo di carenza", la Società corrisponde, in luogo del capitale assicurato, una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati.*

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

Revoca	*Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, il Contraente ha la facoltà di revocare la propria Proposta di assicurazione. Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi della Proposta e la dichiarazione che intende revocare la Proposta stessa, indirizzata al seguente recapito: ATHORA*

	ITALIA S.p.A. - Ufficio Assunzioni - Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 GENOVA.
Recesso	*Puoi recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui hai ricevuto comunicazione dall'Impresa che il contratto è concluso.* *Dovrai notificare la tua volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito: ATHORA ITALIA S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio – Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 GENOVA.* *Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici) un importo pari al valore del premio corrisposto*
Risoluzione	*La presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.* *È tua facoltà risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.* ***Avvertenza: in tali casi i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.***

Sono previsti riscatti o riduzioni? [x] SI [ ] NO

Valori di riscatto e riduzione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita*
Richiesta di informazioni	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita*

A chi è rivolto questo rodotto?

E' rivolto alle persone di età compresa tra 18 anni e 70 anni compiuti, sempre che l'età a scadenza non superi i 75 anni compiuti.

Quali costi devo sostenere?

- ***Costi gravanti sul premio: diritti di quietanza***
  - *Diritti di quietanza: Euro 10 sulla prima quietanza, Euro 1 su ciascuna quietanza successiva alla prima.*
  - *Spese di emissione: Euro 20- Spese di emissione.*
  - *Caricamento percentuale: 20%, applicato su ogni premio versato al netto del diritto di quietanza, del caricamento fisso e dell'eventuale costo di frazionamento.*

Nell'ipotesi in cui il premio sia corrisposto in rate sub-annuali la maggiorazione di costo è la seguente:
· 1,75% per il frazionamento semestrale;
· 2,25% per il frazionamento quadrimestrale;
· 2,50% per il frazionamento trimestrale;
· 2,75% per il frazionamento bimestrale;
· 3,00% per il frazionamento mensile.

- ***Costi di intermediazione***.
  Sui costi di cui sopra la quota parte percepita in media dagli intermediari è:
  - *42% come percentuale mediamente percepita sull'intero flusso commissionale.*

- ***Costi per il recesso.***
  - *In caso di recesso da parte del Contraente, la Compagnia trattiene 20,00 euro a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.*

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	*Per i reclami inerenti al presente contratto di assicurazione, l'Assicurato o qualsiasi altro soggetto legittimato si può rivolgere direttamente per iscritto (a mezzo posta, fax o e-mail) all'Ufficio Reclami della Compagnia: Athora Italia S.p.A. (Ufficio Reclami), Mura di Santa Chiara 1 – 16128 Genova Fax: 010/5498815, e-mail: reclamivita@athora.com specificando per iscritto e in maniera dettagliata, nome , cognome e domicilio del reclamante, le ragioni e i fatti invocati ed ogni altro elemento utile alla trattazione del reclamo. La Compagnia darà risposta al reclamante entro e non oltre 45 giorni dal ricevimento del reclamo.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it .** Info su: **www.ivass.it***
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it**. (Legge 9/8/2013, n. 98). La procedura di mediazione è obbligatoria, ovverosia condizione di procedibilità per la successiva (ed eventuale) domanda giudiziale.*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	– *È possibile adire a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie, quali l'arbitrato, qualora espressamente previsto dalle condizioni di polizza.* – *Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile*

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	***Imposta sui premi:** I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta.* ***Detrazione fiscale dei premi:** Le assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dell'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente per i premi relativi alla copertura caso morte, alle condizioni e limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.* ***Tassazione delle somme assicurate:** Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato.* ***Non pignorabilità e non sequestrabilità:** Le somme dovute dalla Compagnia in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono né pignorabili né sequestrabili (art. 1923 C.C.).* ***Diritto proprio del Beneficiario:** Per effetto della designazione fatta dal Contraente, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.* *In particolare ciò significa che le somme percepite a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 C.C.).*

AVVERTENZE

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

TUTELA LIFE PROTECTION

INDICE

PRESTAZIONI, PREMI E GARANZIE DEL CONTRATTO

Art. 1. PRESTAZIONI ASSICURATE pag. 1/8

Art. 2. PAGAMENTO DEL PREMIO pag. 1/8

Art. 3. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO (INCONTESTABILITA') pag. 1/8

Art. 4. BENEFICIARI pag. 2/8

PERFEZIONAMENTO E LIMITAZIONI

Art. 5. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE pag. 2/8

Art. 6. LIMITAZIONI E CONDIZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI MORTE pag. 2/8

6.1. Esclusioni pag. 2/8

6.2. Periodo di carenza pag. 3/8

6.3. Condizioni di assunzione del rischio derivante dal contratto pag. 3/8

6.4. Definizione di status di fumatore e di non fumatore pag. 4/8

6.5. Limiti di durata e di età dell'assicurato pag. 4/8

COSA È POSSIBILE FARE IN CORSO DI CONTRATTO

Art. 7. REVOCA DELLA PROPOSTA pag. 4/8

Art. 8. RECESSO pag. 4/8

8.1. Diritto di recesso del contraente pag. 4/8

8.2. Facoltà di risoluzione del contratto da parte della Compagnia pag. 4/8

Art. 9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO pag. 4/8

Art. 10. RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE pag. 5/8

Art. 11. MODIFICA DEL COMPORTAMENTO TABAGICO DELL'ASSICURATO pag. 5/8

Art. 12. RISCATTO E RIDUZIONE pag. 5/8

Art. 13. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO pag. 5/8

Art. 14. PRESTITI pag. 5/8

I PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 15. OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ pag. 5/8

Art. 16. PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ pag. 5/8

LA NORMATIVA

Art. 17. PRESCRIZIONE pag. 6/8

Art. 18. FORO COMPETENTE pag. 6/8

Art. 19. MEDIAZIONE CIVILE pag. 6/8

Art. 20. TASSE ED IMPOSTE pag. 6/8

Art. 21. RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB pag. 6/8

CONDIZIONI COMPLEMENTARE INFORTUNI pag. 6/8

GLOSSARIO pag. 8/8

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DOCUMENTO AGGIORNATO AL 31/10/2022
TARIFFE V605-V606

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte con una particolare evidenza grafica secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari.

PRESTAZIONI, PREMI E GARANZIE DEL CONTRATTO

Art. 1. PRESTAZIONI ASSICURATE

Prestazione Principale
Il presente contratto di assicurazione sulla vita, a seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui, *in caso di morte dell'assicurato entro la scadenza prestabilita,* garantisce la liquidazione ai Beneficiari designati del "capitale assicurato" stabilito all'emissione del contratto, costante per tutta la durata dell'assicurazione e che non potrà essere inferiore a euro 30.000,00.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Prestazioni facoltative complementari
A richiesta del Contraente il contratto prevede le seguenti garanzie complementari (o accessorie):

Prestazione in caso di morte da infortunio (1° garanzia accessoria)
In caso di morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, di ammontare pari al "capitale assicurato" della garanzia principale, con un limite massimo di euro 100.000,00.

Prestazione in caso di morte da infortunio dovuto ad incidente stradale (2° garanzia accessoria)
Nell'ipotesi in cui la morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, sia dovuta a incidente della circolazione, è previsto il pagamento ai Beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, pari al doppio del "capitale assicurato" della garanzia principale, con un limite massimo di euro 100.000,00.

Per tali garanzie accessorie il premio accessorio che il Contraente dovrà corrispondere è funzione del capitale assicurato a fronte della garanzia base e della garanzia accessoria richiesta.

Per tutte le garanzie previste dal presente contratto, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Art. 2. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio, calcolato in annualità anticipate, è costante ed è dovuto per tutta la durata ma non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

In alternativa al pagamento annuale, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale, bimestrale o mensile le cui rate, gravate da interessi di frazionamento, dovranno essere pagate alle rispettive ricorrenze della data di decorrenza del contratto.

Il premio del primo anno, anchese frazionato in più rate, è dovuto per intero; l'importo minimo annuale è paria euro 80,00 (la rata semestrale minima euro 60,00, quadrimestrale euro 50,00, trimestrale euro 40,00, bimestrale euro 30,00, mensile euro 20,00).

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- bonifico bancario a favore di Athora Italia S.p.A.;
- bonifico bancario a favore dell'Agente di Athora Italia S.p.A., espressamente in tale qualità;
- assegno circolare non trasferibileintestato ad Athora Italia S.p.A;
- assegno circolare non trasferibile intestate all'Agente di Athora Italia S.p.A., espressamente in tale qualità;
- tutte le altre forme di pagamento previste e comunicate dalla Società all'intermediario, il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito "avviso alla clientela".

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle suddette forme di pagamento. E' comunque fatto divieto all'intermediario di Athora Italia S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

Art. 3. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO (INCONTESTABILITA')

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

a) quando esiste malafede o colpa grave, ha diritto:
   - di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
   - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) quando non esiste malafede o colpa grave, hadiritto:

- di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Il tutto ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 c.c. a cui si rimanda per le parti non previste dal presente articolo. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 4. BENEFICIARI

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

Ai sensi degli artt. 1920 e 1921 C.C., successivamente alla stipulazione del contratto, è possibile modificare o revocare la designazione del beneficiario con dichiarazione scritta comunicata all'Assicuratore direttamente a mezzo posta o tramite l'intermediario. La revoca o la modifica possono essere fatte anche con testamento, a condizione che il testatore abbia espressamente attribuito la somma dovuta in forza della polizza vita a favore di una determinata persona ovvero abbia comunque espresso chiaramente la propria volontà di modificare o revocare la designazione del beneficiario richiamando la polizza stipulata.

Ai sensi dell'art. 1921 C.C., la revoca o la modifica del beneficio non può essere fatta:

- dagli eredi dopo la morte delContraente;
- dopo che si è verificato l'evento, qualora il Beneficiario abbia dichiarato di voler profittare del beneficio;
- quando il Contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca e il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profittare del beneficio, purché la rinuncia del Contraente e la dichiarazione del Beneficiario siano comunicate per iscritto all'Assicuratore.

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Al fine di essere certi che le somme dovute vengano effettivamente riscosse, si consiglia di: informare i Beneficiari dell'esistenza del contratto, di evitare designazioni generiche dando preferenza ad indicazioni nominative, fornendo tutte le informazioni necessarie ed utili: dati anagrafici del beneficiario, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA italiani o esteri, indirizzo, recapiti telefonici ed anche di posta elettronica per consentire alla Società l'identificazione in caso di liquidazione.

In caso di premorte del Beneficiario rispetto all'Assicurato, qualora il Contraente, sino al momento della propria morte o di quella dell'Assicurato, non abbia provveduto ad indicare un diverso Beneficiario, la prestazione sarà eseguita in favore degli eredi legittimi o testamentari del Beneficiario deceduto. In assenza di eredi legittimi o testamentari del Beneficiario deceduto la prestazione sarà eseguita a favore del Contraente.

PERFEZIONAMENTO E LIMITAZIONI

Art. 5. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le modalità di perfezionamento del contratto si differenziano a seconda del tipo di emissione effettuata:

A) Emissione del Contratto presso l'Agenzia (emissione decentrata Proposta/Polizza)

Nel caso in cui siano realizzate tutte le condizioni di seguito elencate:

- al questionario allegato alla Proposta/Polizza, contenente la richiesta di informazioni di carattere sportivo/professionale e medico/sanitario relative all'Assicurando, siano state date tutte risposte negative (fatta eccezione per la domanda relativa allo status di fumatore/non fumatore);
- l'età dell'Assicurando sia inferiore a 60 anni;
- il capitale assicurato complessivo risulti inferiore od uguale a euro 250.000,00;
- l'Assicurando accetti l'applicazione del periodo di carenza come riportato nelle Condizioni di Assicurazione art.6.2.

Il contratto sarà perfezionato, direttamente presso l'Agenzia al momento della sottoscrizione della Proposta/Polizza, ed entrerà immediatamente in vigore, a condizione che sia stato effettuato il pagamento della prima rata di premio.

B) Emissione del Contratto in Direzione (emissione direzionale)

Nel caso in cui una o più condizioni riportate alla lettera A) non si realizzi, la Proposta sarà inviata presso la Direzione della Società che si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni, visite mediche, ecc. prima di decidere se accettare o meno la Proposta.

In caso di accettazione della Proposta la Società consegnerà al Contraente, l'esemplare di Polizza. Anche in questo caso, il contratto entrerà in vigore a condizione che sia stato effettuato il pagamento della prima rata di premio.

Si precisa che per il tipo di emissione direzionale, non è consentito all'intermediario di incassare su proposta. Il premio dovrà essere corrisposto unicamente al momento della conclusione del contratto.

Art. 6. LIMITAZIONI E CONDIZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, **salve le esclusioni e le limitazioni di seguito riportate**.

6.1. ESCLUSIONI

E' esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;

b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;

c) 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 avvenga dopo 14 giorni dall'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;

d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;

f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

e) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;

f) attività sportive pericolose, non dichiarate come praticate alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente;

g) abuso di droghe, psicofarmaci, alcolici.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari al solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, in luogo di quelle previste all'art. 1.

6.2 PERIODO DI CARENZA

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione.

Il periodo di carenza non si applica, e quindi viene pagato anche nei primi 6 mesi l'intero capitale assicurato, qualora la morte avvenga per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza": tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica ed inoltre lo shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza";

b) di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza", intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dall'art. 6.1 di questo articolo) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il "periodo di carenza" viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza sopra indicata qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto "periodo di carenza" viene esteso a sette anni.

Il "periodo di carenza" resta attivo in caso di epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS). Il periodo di carenza decade nel caso in cui l'Assicurando si sottoponga ai test medici previsti dal Sistema Sanitario Nazionale che attestino la negatività del soggetto alla pandemia.

Durante il "periodo di carenza", la Società corrisponde - in luogo del capitale assicurato previsto all'art. 1- una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati.

6.3 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO DERIVANTE DAL CONTRATTO

La Società, all'atto della sottoscrizione della Proposta/Polizza o della Proposta, richiede, ai fini dell'assunzione del rischio, specifica dichiarazione all'Assicurando attestante il suo status di fumatore o di non fumatore (si rinvia all'art. 6.4 per la definizione dello status).

La Società, inoltre, richiede obbligatoriamente la visita medica, da presentare su apposito modello,nei seguenti casi:

- relativamente ad un capitale assicurato o il cumulo dei capitali assicurati (in caso di presenza di altri contratti con componente caso morte) superiore a euro 250.000,00;
- laddove l'età dell'Assicurando alla stipula del contratto sia uguale o superiore a 60 anni (in questo caso è obbligatorio anche presentare l'esame delle urine in laboratorio).

Inoltre, la Società si riserva di richiedere:

- ulteriore documentazione sanitaria qualora dal questionario anamnestico emergano particolari fattori di rischio;
- accertamenti sanitari particolari in funzione dell'ammontare della prestazione assicurata.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio;

ovvero

- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

La Società non si fa carico degli oneri derivanti dallo svolgimento degli accertamenti sanitari richiesti e dalla presentazione della visita medica.

Nel caso in cui dal questionario anamnestico emergano dichiarazioni relative ad attività professionali, extra-professionali o sportive dell'Assicurando che potrebbero aggravare il rischio assumibile dalla Società, la stessa si riserva la facoltà di:

- richiedere ulteriori informazioni al riguardo anche dietro compilazione da parte dell'Assicurando di questionari specifici sulle attività svolte;

ovvero

- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione del rischio in esame.

6.4 DEFINIZIONE DI STATUS DI FUMATORE E DI NON FUMATORE

E' definito fumatore l'Assicurato che fumi anche sporadicamente sigarette, sigari o pipa, oppure che ha smesso di fumare da meno di ventiquattro mesi dalla data di sottoscrizione della Proposta/Polizza o della Proposta di assicurazione.

Status di fumatore:

- Fumatore di sigarette, di sigari o pipa, qualunque sia il numero di sigarette o la quantità di tabacco fumate al giorno;
- Coloro che hanno smesso di fumare per consiglio del medico;
- Coloro che hanno smesso di fumare da meno di ventiquattro mesi.

E' definito non fumatore l'Assicurato che non ha fatto uso neanche sporadicamente di tabacco negli ultimi ventiquattro mesi e che non ha smesso di fumare su consiglio di un medico.

Alla data di sottoscrizione della Proposta/Polizza o della Proposta di assicurazione, lo stato di non fumatore deve essere attestato da una apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

6.5 LIMITI DI DURATA E DI ETA' DELL'ASSICURATO

Il presente contratto è stipulabile unicamente per durate comprese tra 2 e 20 anni e per età dell'Assicurato comprese fra 18 anni e 70 anni compiuti, sempre che l'età a scadenza non superi i 75 anni compiuti.

COSA E' POSSIBILE FARE IN CORSO DI CONTRATTO

Art. 7. REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, il Contraente ha la facoltà, ai sensi dell'art. 176 del D. Lgs. 209/2005, di revocare la propria Proposta di assicurazione.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi della Proposta e la dichiarazione che intende revocare la Proposta stessa, indirizzata al seguente recapito:

ATHORA ITALIA S.p.A. - Servizio Assunzioni - Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 GENOVA.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della proposta, la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

Art. 8. RECESSO

8.1 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 209/2005, il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui lo Stesso è informato che il contratto è concluso.

Il Contraente dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito:

ATHORA ITALIA S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio – Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 GENOVA.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici) un importo pari al valore del premio corrisposto.

8.2 FACOLTÀ DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DA PARTE DELLA COMPAGNIA

La presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.

Art. 9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti alla Società. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto è risolto.

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

Art. 10. RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto è risolto di diritto e l'assicurazione non può più essere riattivata.

Art. 11. MODIFICA DEL COMPORTAMENTO TABAGICO DELL'ASSICURATO

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti ad informare la Società nel caso di modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto:

- qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Società entro 30 (trenta) giorni. Il nuovo premio annuo sarà dovuto a partire dalla ricorrenza annuale di polizza successiva al pervenimento della comunicazione. In caso di mancata comunicazione del cambiamento di comportamento tabagico dell'Assicurato, la Società applicherà l'art. 1898 c.c.;
- nel caso in cui l'Assicurato fornisca dichiarazione attestante di aver smesso di fumare da almeno 24 mesi, confermata da analoga certificazione del Medico di Famiglia, e subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti, la Società si impegna a rideterminare il premio annuo, secondo le condizioni spettanti ai non fumatori, a partire dalla ricorrenza annuale di polizza successiva al pervenimento delle suddette dichiarazioni.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste avvengono mediante raccomandata.

Art. 12. RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non ammette né riduzione né riscatto.

Art. 13. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società ne faccia annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Art. 14. PRESTITI

La presente assicurazione non prevede la concessione di prestiti

I PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 15. OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano:

- da quanto stabilito nella Polizza e nelle presenti Condizioni di Assicurazione;
- da eventuali Appendici firmate dalla Società stessa.

Art. 16. PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto alle prestazioni.
Per velocizzare e semplificare le operazioni di liquidazione, si consiglia di rivolgersi al soggetto incaricato presso cui il contratto è stato sottoscritto o comunque ad un intermediario di Athora Italia.

La Società effettua i pagamenti entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di pagamento corredata dalla documentazione necessaria alla liquidazione; decorsi i termini di 30 giorni, sono dovuti gli interessi di mora a favore del Contraente o dei Beneficiari.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato, si devono consegnare:
In caso di decesso dell'Assicurato, la richiesta di liquidazione deve essere fatta da parte degli aventi diritto (beneficiari in caso di morte); anche in questo caso è consigliabile rivolgersi al soggetto incaricato (intermediario) presso cui il contratto è stato sottoscritto **per facilitare le operazioni di identificazione degli aventi diritto, velocizzare la liquidazione ed identificare i soggetti che beneficiano della liquidazione delle somme assicurate**. In mancanza, è possibile reperire sul sito internet della società www.athora.it, nell'apposita sezione raggiungibile dalla Home Page, modulistica ed indicazioni chiare su come procedere nelle diverse casistiche.
Quindi è necessario produrre:

- **Richiesta di liquidazione** sottoscritta da ciascun beneficiario contenente anche le modalità di pagamento (IBAN completo con evidenza che il beneficiario sia intestatario o cointestatario del conto), copia di un documento di riconoscimento valido e del codice fiscale di ciascun Beneficiario, indicazione se si è persona politicamente esposta (PEP), dichiarazioni FATCA/CRS e tipo di relazione con l'Assicurato;
- **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 e reperibile presso l'Intermediario che gestisce il contratto, per determinare le cause del decesso;
- **copia delle cartelle cliniche** in caso di ricovero ospedaliero;
- **eventuale altra documentazione** relativa alle cause del decesso nel caso l'evento si sia verificato per cause diverse dalla malattia.

Nell'impossibilità di produrre i documenti relativi allo stato di salute dell'Assicurato o altra documentazione concernente le cause del decesso, si richiede in subordine il conferimento da parte del/dei Beneficiario/i del mandato necessario al fine di espletare gli adempimenti del caso.

- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio**, autenticata dalle competenti autorità, atta ad identificare gli aventi diritto alla liquidazione delle prestazioni assicurate (sul sito della società è presente un fac-simile).

Quindi, in caso di esistenza di testamento, deve essere presentato verbale di pubblicazione e copia dello stesso autenticata; deve essere attestato che quello presentato sia l'unico valido o l'ultimo valido e che non vi siano contestazioni, riportando data di pubblicazione e numero di repertorio.

In caso di assenza di testamento, l'atto notorio deve riportarne dichiarazione, e se i beneficiari sono "Eredi legittimi", i nominativi degli stessi con attestazione che non ve ne siano altri.

Nel riportare i nominativi di cui sopra, occorre precisare per ciascuno: Nome, data di nascita, grado di parentela.

Se tra i beneficiari vi sono minori o incapaci occorre fornire Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione del capitale e ne determini l'impiego.

Nel caso in cui il Beneficiario sia impossibilitato a recarsi presso il soggetto incaricato (intermediario) presso cui il contratto è stato sottoscritto occorre certificare che sia l'avente diritto procedendo a far sottoscrivere la Richiesta di liquidazione nell'apposito spazio per la validazione da un Intermediario abilitato e/o dalle Autorità competenti e gli allegati richiesti. Il modello potrà essere reperito sul sito della Società.

LA NORMATIVA

Art. 17. PRESCRIZIONE

Il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Ai sensi dell'art 1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Art. 18. FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 19. MEDIAZIONE CIVILE

Si rammenta che il D.lgs 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Si rinvia al decreto sopraindicato, oltreché al decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni. Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a: Athora Italia S.p.A., Mura di Santa Chiara, 1- 16128 Genova, e-mail: mediazione@athora.com, pec: legale@pec.athoraitalia.it.

Art. 20. TASSE E IMPOSTE

Tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 21. RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

La Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n.221, ha predisposto nella home page del sito internet www.athora.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale il Contraente potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

CONDIZIONI COMPLEMENTARE INFORTUNI

Le garanzie complementari sono operanti solo se espressamente indicate in polizza.

A dette assicurazioni si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni di Assicurazione relative a questo contratto, in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle normedi cui ai successivi articoli.

Prestazioni

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato durante la durata contrattuale avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Società, oltre alla prestazione prevista dall'assicurazione principale, liquida al Beneficiario il "capitale complementare infortuni", costante per tutta la durata contrattuale e pari al capitale assicurato della garanzia principale.

Il "capitale complementare infortuni" viene raddoppiato nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Il Capitale, per ciascuna garanzia complementare, non può comunque superare l'importo di 100.000,00 Euro.

Delimitazione dell'assicurazione

Fermo restando che la morte deve essere conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni di cui al primo paragrafo, resta stabilito che l'assicurazione complementare infortuni non è operante nei casi di decesso:

- conseguente all'influenza che queste lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse;
- verificatosi dopo un anno dal giorno delle lesioni stesse.

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;

- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti o di aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- dall'uso anche come passeggero, di deltaplani ed ultraleggeri nonché di velivoli o elicotteri eserciti da: - Società/Aziende di Lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;-Aereoclubs;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- dalla pratica dipugilato, atletica pesante, e lotta nellesue varieforme, scalata di roccia oghiaccio, speleologia, salto del trampolino con sci od idrosci, sciacrobatico, bob, immersion con autorespiratore, paracadutismo o sports aerie in genere.

Pagamento dei premi
Per avere diritto a questa prestazione il Contraente deve versare i relativi premi annui di importo costante e indicati in polizza, insieme e con le stesse modalità previste per l'assicurazioneprincipale.

Questa assicurazione complementare infortuni si risolve, non producendo qualsiasi valore ed effetto, e i relativi premi corrisposti restano acquisiti alla Società:

- in caso di sospensione del versamento dei relativipremi;
- in caso di sospensione del versamento dei premi relative all'assicurazione principale.

Persone non assicurabili
Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Mancato pagamento del premio
Il premio annuo va corrisposto contemporaneamente e con le stesse modalità del premio della polizza di cui la presente assicurazione è complementare. Venendo a cessare per qualunque motivo, il pagamento del premio sulla polizza vita, l'assicurazione complementare infortuni si risolve di diritto; tuttavia, con la riattivazione della polizza vita e purché nel frattempo l'Assicurato non abbia subito infortuni, può essere riattivata anche la presente assicurazione.

Rinvio
Per quanto non regolato dalle presenti Condizioni Complementari, valgono, sempre che non contrastino, le precedenti Condizioni di assicurazione o, in mancanza, le norme di legge.

GLOSSARIO

DOCUMENTO AGGIORNATO AL 31/10/2022

- **ADEGUATA VERIFICA:** La vigente normativa antiriciclaggio (Decreto Legislativo 231/2007) prevede che le Compagnie di assicurazione, in qualità di intermediari, debbano effettuare l'attività di "adeguata verifica" dei propri Clienti consistente in:
  - identificare il cliente e verificarne l'identità sulla base di documenti;
  - identificare l'eventuale titolare effettivo (la persona fisica per conto della quale è realizzata un'operazione oppure la persona o le persone che controllano le entità giuridiche) e verificarne l'identità;
  - ottenere informazioni sullo scopo e sulla natura prevista del rapporto continuativo;
  - svolgere un controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
- **ASSICURANDO/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.
- **BENEFICIARI:** persona, fisica o giuridica, designata in polizza dal Contraente, che riceve la prestazione prevista dal contratto. Il Beneficiario può coincidere o meno con il Contraente.
- **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.
- **CARICAMENTI/COSTI:** oneri sul contratto a carico del Contraente.
- **CONTRAENTE:** persona, fisica o giuridica, che stipula il contratto con la Società impegnandosi alla corresponsione dei premi o, in caso di cessione del contratto, chi subentra nella posizione già appartenuta allo stipulante.
- **DATA DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO:** data di accettazione della proposta da parte della Società o della consegna al Contraente della polizza sottoscritta dalla stessa, sempreché sia stato pagato il premio.
- **DECORRENZA DEL CONTRATTO:** data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni dedotte nel contratto.
- **DOCUMENTAZIONE UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE:** documento di rendicontazione annuale della posizione assicurativa che l'Impresa è tenuta a comunicare al Contraente.
- **DURATA DEL CONTRATTO:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità il contratto.
- **FATCA, CRS:** il FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) è un accordo sottoscritto da Italia e Stati Uniti che prevede lo scambio di informazioni finanziarie per contrastare l'evasione fiscale internazionale, in particolare quella relativa a cittadini e residenti statunitensi attraverso conti correnti detenuti presso le istituzioni finanziarie italiane e quella relativa a residenti italiani tramite conti correnti presso le istituzioni finanziarie statunitensi. Il CRS (Common Reporting Standard) rientra nell'ambito degli accordi per lo scambio automatico internazionale delle informazioni finanziarie, questa volta però riguardante i Paesi Ocse e dell'Unione Europea.
- **GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI:** copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio il pagamento di un capitale in aggiunta alla prestazione base.
- **GARANZIA PRINCIPALE:** garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.
- **INDICE DI SOLVIBILITA'**: è una misura di stabilità finanziaria della Società che rappresenta il grado o percentuale di sovra patrimonializzazione rispetto agli impegni assunti con l'attività assicurativa.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge le funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.
- **PEP:** si tratta di acronimo di Persona Esposta Politicamente e si intendono persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami (Decreto Antiriciclaggio D.lgs. 231/2007).
- **PREMI VERSATI:** importi che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società nel corso della durata contrattuale.
- **PROPOSTA**: Documento o modulo sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurando, in veste di proponenti, con il quale si manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle condizioni in esso indicate.
- **QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO):** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
- **REFERENTE TERZO:** persona designata dal Contraente di polizza, diversa dal Beneficiario, cui fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato per individuare correttamente chi ha diritto alle prestazioni.
- **RISERVA MATEMATICA:** importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali.
- **SOCIETÀ:** la Società di Assicurazione Athora Italia S.p.A.

PAGINA NON UTILIZZABILE

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. **Agenzia:**

TAR.

Contraente

Cognome (del Contraente o del Legale Rappresentante) | Nome

Data di nascita | Località di nascita | Provincia di nascita

Sesso | Professione | Attività economica

Indirizzo | Località | CAP | Provincia

Codice Fiscale | Attività economica | ABI MKT | CAB MKT

Doc. Ric. | Numero Doc. | Data di rilascio | Località

NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UN'IMPRESA

Ragione Sociale | Codice Fiscale

Sede (Via e N. Civico) | CAP | Località | Prov.

Assicurando

Cognome | Nome

Data di nascita | Località di nascita | Provincia di nascita

Sesso | Professione | Codice

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Contraente, avvertito delle modalità di informativa normativamente previste, intende ricevere le informazioni relative alla presente Polizza tramite:

☐ Supporto cartaceo;

☐ Supporto durevole non cartaceo:
dichiara di avere regolarmente accesso internet e fornisce il seguente indirizzo di posta elettronica;

☐ Sito internet (www.athora.it) o *home insurance:*
dichiara di avere regolarmente accesso a internet e fornisce il seguente indirizzo di posta elettronica _____;

L'Impresa informa il Contraente che quest'ultimo ha la possibilità di modificare in ogni momento la scelta effettuata.

Il Contraente _____

Il sottoscritto Contraente richiede che le informazioni relative alla presente Polizza NON vengano inviate al Beneficiario/ai Beneficiari designato/i.

Il Contraente _____

FAC-SIMILE

ATHORA

Beneficiari

In caso di morte:

Cognome (o Ragione Sociale) | Nome

Data di nascita (o di costituzione) | Località di nascita | Provincia di nascita

Indirizzo | Località | CAP | Provincia

Nazione | Codice Fiscale | Telefono fisso

Telefono cellulare | Indirizzo di posta elettronica

☐ Non sono disponibili recapito e contatti del Beneficiario

Avvertenze: in caso di mancata compilazione dello spazio relativo al recapito ed ai contatti del Beneficiario, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario e avverte altresì, che la modifica o revoca deve essere comunicata all'Impresa.

Referente terzo cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato

☐ Il Contraente designa un Referente terzo cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato

Cognome (o Ragione Sociale) | Nome

Data di nascita (o di costituzione) | Località di nascita | Provincia di nascita

Indirizzo | Località | CAP | Provincia

Nazione | Codice Fiscale | Telefono fisso

Telefono cellulare | Indirizzo di posta elettronica

☐ Il Contraente non designa un Referente terzo

Il Contraente si impegna a consegnare ai Beneficiari nominativamente designati e all'eventuale Referente terzo, copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che li riguardano ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016, allegata al presente modulo in tante copie quante sono gli interessati, sollevando Athora Italia S.p.A. dalla responsabilità di ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.

FAC-SIMILE

ATHORA

Dati Tecnici

Decorrenza della polizza	Durata della polizza	Scadenza della polizza	Durata pagamento premi

Frazionamento

Prestazioni

Premio lordo
(comprensivo di diritti, eventuali sovrappremi, interessi di frazionamento, garanzie complementari e imposte) Euro

Premio lordo annuo successivo
(comprensivo di diritti, eventuali sovrappremi, interessi di frazionamento, garanzie complementari e imposte) Euro

Capitale assicurato Euro

Emessa in due esemplari ad un solo effetto il

FAC-SIMILE

ATHORA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO/SANITARIO

1) Indichi la Sua altezza (in cm) ed il Suo peso (in Kg:)
Il suo peso ha subito variazioni negli ultimi 12 mesi? □ SI □ NO
In caso affermativo fornire dettagli (entità e causa della variazione):
_____

2) E' attualmente, o è stato in passato fumatore? □ SI □ NO

Se la risposte è NO, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

a) l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
b) pertanto sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della tariffa riservata agli Assicurati NON FUMATORI;
c) qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia **entro 30 (trenta) giorni** mediante raccomandata.

3) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? □ SI □NO
_____

4) Ha sofferto o soffre attualmente **di malattie del sangue, dell'apparato cardiovascolare, ipertensione, diabete, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche o mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, diabete, tumori o epatite**?
□ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli (malattia, data di insorgenza, durata, esito, eventuali trattamenti, eventuali postumi):
_____

5) Ha subito un intervento chirurgico o ricovero in ospedale o in casa di cura, salvo in caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, intervento di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni? □ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli (intervento o motivo del ricovero, data, ospedale/casa si cura, durata del ricovero, esito eventuali postumi:
_____

6) Si è mai sottoposto ad esami specialistici particolari (risonanza magnetica, TAC, ecografie, test di funzionalità epatica, fondo oculare, elettroencefalogramma, mammografia, ecc.) esclusi eventuali controlli di routine? □ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli (esame, motivo, data, esito):
_____

7) Soffre o ha sofferto, di malattie per le quali è stata necessaria una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni?
□ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli (cura, motivo, data di inizio, dosaggio)
_____

8) Effettua viaggi in zone a rischio (al di fuori dell'Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale)?
□ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli:
_____

9)E' titolare di una pensione di invalidità o sta per avviare una richiesta di pensione di invalidità?
□ SI □ NO

In caso affermativo fornire dettagli:

Attività sportiva praticata dall'Assicurato:

FAC-SIMILE

ATHORA

I Sottoscritti, Contraente ed Assicurando del contratto che verrà emesso in base alla presente proposta/polizza forniscono le seguenti dichiarazioni.

1. Propongono l'assicurazione dopo aver approvato specificatamente le Condizioni di Assicurazione, le Condizioni Particolari di Carenza e, quando ricorrono, le Condizioni Complementare Infortuni, che sono state loro consegnate.
2. Riconoscono che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.
3. Sono a conoscenza che la proposta deve servire di base all'emittendo contratto e che ne è parte integrante. La Società si riserva comunque di richiedere ulteriore documentazione e di accettare o meno il rischio.
4. **Sono a conoscenza che:**
   - **la Società in relazione alla copertura assicurativa desiderata, ha diritto di richiedere idonea documentazione sanitaria.**
   - **Nei casi non previsti dalla Società l'Assicurando ha comunque facoltà di sottoporsi a visita medica (modello ATVM 0001), al fine di attestare il suo attuale stato di salute e di richiedere la copertura totale immediata. Tale visita deve essere effettuata da un Medico che eserciti Medicina Generale.**

   Il costo della documentazione sanitaria e della visita medica è a totale carico dell'Assicurando.
5. Attestano, ad ogni effetto di legge, **di avere verificato l'esattezza delle risposte alle dichiarazioni personali e sanitarie,** che le informazioni e le risposte contenute nella presente proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete, che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate e si assumono ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri.
6. Attestano, ad ogni effetto di legge, **di essere consapevoli che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative alle informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa e per gli effetti degli articoli 1892 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave"e che la Società ha facoltà di:**
   - **contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione;**
   - **non prestare alcuna garanzia assicurativa e rifiutare, in ogni tempo, qualsiasi pagamento.**
7. Prosciolgono dal segreto professionale e legale tutti i medici che abbiano visitato e curato l'Assicurando e tutte le altre persone cui la società ritenesse necessario, in qualsiasi momento, rivolgersi per avere notizie e acconsentono che le stesse siano divulgate dalla Società ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.
8. Sono a conoscenza che le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, oppure, dalle ore 24 del giorno di effetto stabilito, se successivo alla data di conclusione. Qualora il contratto definitivo non fosse emesso, il premio versato verrebbe restituito interamente.
9. Dichiarano di essere consapevoli della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tale sede e che i dati riportati nella presente proposta di assicurazione corrispondono al vero.

Il Contraente _____ L'Assicurando _____

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre che gli è stato consegnato il Set Informativo relativo alla forma assicurativa prescelta.

Il Contraente _____ L'Assicurando _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

I versamenti possono essere eseguiti con le seguenti modalità di pagamento:

- bonifico bancario a favore ATHORA ITALIA S.p.A. o a favore dell'Agente di ATHORA ITALIA S.p.A., espressamente in tale qualità ;
- assegno circolare non trasferibile intestato a ATHORA ITALIA S.p.A. o intestato all'Agente di ATHORA ITALIA S.p.A., espressamente in tale qualità;
- tutte le altre forme di pagamento previste dalla Società e comunicate all'intermediario, il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito avviso alla clientela.

Attenzione: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'impresa, ovvero all'agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Società è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.

E' comunque fatto divieto all'intermediario di ATHORA ITALIA S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

Il Contraente si impegna ad accettare il contratto ed a corrispondere la prima annualità di premio (art. 1924 Codice Civile), riconoscendo che il contratto entrerà in vigore secondo quanto previsto dallo specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.
Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificamente le clausole della Condizioni di Assicurazione relative a: - Diritto di recesso – Mancato pagamento del premio e riattivazione – Rischi assicurati e limitazioni – Condizioni Particolari di Carenza – Riduzione e Riscatto e, quando ricorrono, le Condizioni Complementari.

Il Contraente _____

FAC-SIMILE

ATHORA

ATTESTAZIONE DI AUTENTICITA' DELLE FIRME

Attesto l'autenticità delle firme apposte sul presente modello e la corretta identificazione del Contraente.
Dichiaro di aver consegnato l'originale del Set Informativo, comprensivo della proposta, al Contraente.

Data: _____ Firma dell'incaricato alla riscossione _____

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 209/2005, può recedere dal contratto, entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

ATHORA ITALIA S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio Mura di Santa Chiara, 1 - 16128 GE

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui il Contraente, pagato il relativo premio, ha sottoscritto la proposta/polizza.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale d'invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL

FAC-SIMILE