



PROTEZIONE
ATHORA
TU PER LORO

Set Informativo

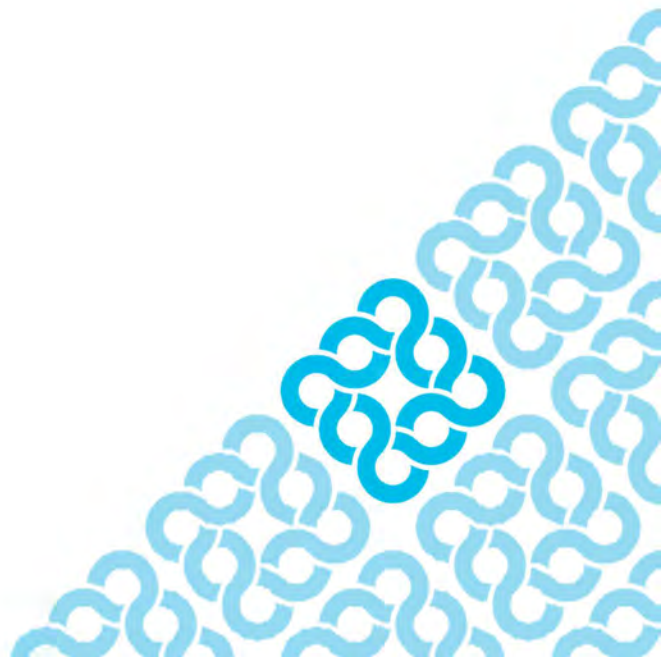
Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo e capitale costanti

Il presente Set Informativo, contenente:

- **Dip Vita** (documento informativo precontrattuale);
- **DIP Aggiuntivo Vita** (documento informativo precontrattuale aggiuntivo);
- **Condizioni di Assicurazione** (comprehensive 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.



Assicurazione Temporanea in Caso di Morte

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



ATHORA ITALIA S.p.A.

"ATHORA TU PER LORO"

Data di realizzazione: 12 Gennaio 2026 – Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.
Che tipo di assicurazione è?**

ATHORA TU PER LORO è un'assicurazione sulla vita a capitale e premio annuo costanti che, in caso di morte dell'assicurato, entro la scadenza prestabilita, garantisce la liquidazione ai Beneficiari designati del "capitale assicurato".



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO

In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale Athora Italia liquiderà ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato, scelto dal Contraente all'emissione del contratto.

Il Capitale assicurato è indicato in polizza, non può essere inferiore a € 30.000 ed è costante per tutta la durata del Contratto.

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



Che cosa NON è assicurato?

- Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato, quindi, non sono previste garanzie accessorie o complementari né perdita di autosufficienza inabilità, etc.
- Non sono assicurabili persone di età inferiore ai 18 anni e persone di età superiore ai 74 anni compiuti.
- Alla scadenza del contratto l'assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore ai 75 anni compiuti.
- Il contratto non prevede alcuna prestazione in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del contratto.



Ci sono limiti di copertura?

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione a delitti dolosi del Contraente o del Beneficiario;
- 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 non sia regolarmente abilitato il Contraente o Beneficiario 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 o malattie, praticate/già diagnosticate, ma non dichiarate pericolose, in sede di sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente;
- abuso di droghe, psicofarmaci, alcolici di qualsiasi tipo.

Limitazioni di copertura in assenza di visita medica (carenza):

- è previsto un periodo di carenza – pari a 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto – durante il quale la copertura assicurativa non opera pienamente. In caso di decesso dell'Assicurato durante questo periodo, infatti, la prestazione è riconosciuta solo per morte da infortunio o per determinate malattie infettive.
- In caso di morte per sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il periodo di carenza è esteso a 5 anni.
- È sempre possibile escludere il periodo di carenza e chiedere quindi la piena operatività assicurativa, se l'Assicurato si sottopone a visita medica e agli ulteriori accertamenti medici eventualmente richiesti.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione copre il rischio in tutto il mondo tranne nei Paesi in cui è in atto una guerra o guerra civile. La copertura non opera se l'assicurato si reca in un Paese dove c'è già una situazione di guerra o similari.



Che obblighi ho?

- Il Contraente ha il dovere di fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare. L'Assicurato ha l'onere di sottoporsi agli accertamenti e visita medica richiesti dalla Compagnia, in funzione del livello del capitale assicurato o del cumulo dei capitali assicurati (in caso di presenza di altri contratti con componente caso morte), in funzione dell'età, come previsto nell'Allegato 1. 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 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 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.



Quanto e come devo pagare?

Il premio pagato è determinato in relazione al livello del Capitale assicurato, alla durata contrattuale, alla tua età "assicurativa" al momento della sottoscrizione della Polizza, allo stato di salute, allo status di non fumatore oppure fumatore, alla attività professionale, all'attività sportiva eventualmente praticata e al livello (amatoriale, agonistico...) dell'Assicurato. 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 venga interrotto il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la polizza si estinguerà, 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.

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit);
- 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".

È comunque fatto divieto all'intermediario di Athora Italia di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle suddette forme di pagamento.

- Il premio annuo è costante e può esser pagato anche in rate sub-annuali: semestrali, trimestrali e mensili. I costi di frazionamento sono descritti nel documento informativo precontrattuale DIP aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto si conclude nel momento in cui la Compagnia rilascia la polizza e l'assicurazione è operante, salvo i limiti della carenza, dalle ore 24:00 del giorno indicato nel contratto a condizione che il premio sia stato pagato.
- Il contratto, a scelta del Contraente, può avere una durata minima di 1 anno e, fermo i limiti di età dell'Assicurato, durata massima di 25 anni.
- Il premio si intende versato, salvo il buon fine degli addebiti, nel giorno indicato in polizza per il versamento sia della prima rata di premio sia di quelle successive.
- La copertura assicurativa finisce alla data di scadenza o per morte dell'Assicurato, o negli altri casi previsti dalle CdA.



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

- Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione.
- Inoltre, può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui è informato che il contratto è concluso. In entrambi i casi, dovrà notificare la sua volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.
- Il contraente può risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

- Nella presente tipologia di polizza non sono previsti valori di riscatto e riduzione.
- Entro 1 anno 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. La riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed 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 delle rate in arretrato.

Assicurazione Temporanea in Caso di Morte

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



ATHORA ITALIA S.p.A.

Prodotto: "ATHORA TU PER LORO"

Data di realizzazione: 03 Febbraio 2026 – Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo pubblicato

Scopo

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

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

Società

Athora Italia S.p.A., Mura di Santa Chiara, n. 1, CAP 16128; Genova; tel. 800.753.073; sito internet: www.athora.it; email: info.clienti@athora.com; PEC: athoraitalia@pec.athoraitalia.it

Athora Italia S.p.A. – Società Capogruppo del Gruppo Assicurativo Athora Italia, iscritta 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. Registro delle Imprese di Genova CF 01739640157 – PI 03723300103 – REA GE 373333 – Albo Imprese di Assicurazione 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).

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Athora Italia S.p.A. è pari ad Euro 389.780.916 ed il risultato economico di periodo pari Euro -31.306.522.

Con riferimento alla situazione di solvibilità della Compagnia, l'indice di Solvibilità (Solvency Ratio) al 31 dicembre 2024 è pari a 195%, come nel dettaglio illustrato nella relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet (https://www.athora.it/wp-content/uploads/2025/04/SFCR_2024_Athoraitalia_web.pdf).

Al contratto si applica la legge Italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

A chi è rivolto questo prodotto?

ATHORA TU PER LORO è un prodotto assicurativo rivolto a clienti retail o professionali con bisogno di protezione, in particolar modo dal rischio morte dell'Assicurato.

Quali costi devo sostenere?

Con riferimento a tutti i costi a carico del Contraente, sul prodotto sono previsti:

- **costi gravanti sul premio**
 - su ciascun premio è previsto un costo percentuale pari al 20%;
 - su ciascun premio è previsto un costo del 3% con un massimo di 25 euro;
 - **In caso di frazionamento del premio annuo è previsto un costo aggiuntivo in funzione della periodicità:** semestrale 1%; trimestrale 2%; mensile 3%.

In caso siano richiesti accertamenti delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, il relativo costo è a carico del contraente e sarà in funzione delle specifiche tariffe dei medici e delle strutture scelte.

- **costi di intermediazione**
la quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è mediamente dell'80%.

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, 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):	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: <ul style="list-style-type: none"> all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure <ul style="list-style-type: none"> al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
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	<ul style="list-style-type: none"> Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Imposta sui premi: I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.).</p> <p>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.).</p>
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Indicare, con i seguenti caratteri di particolare evidenza, che se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (www.athora.it/diritto-oblio-oncologico).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO 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(*)).

della polizza etc. Essa permette anche la consultazione ed il recupero di tutte le comunicazioni inviate da Athora Italia in corso di contratto. Inoltre, è possibile attraverso l'area comunicare con Athora Italia e manifestare la richiesta di una serie di intenzioni quali: di liquidazione del sinistro, scadenza, riscatto; di modifica dei propri dati personali (es. residenza, contatti personali di riferimento); di sospensione della garanzia, se prevista dal contratto, e la relativa riattivazione.



PROTEZIONE

ATHORA
TU PER LORO

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo e capitale costanti

Tariffa V609-V610

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo le linee guida del tavolo tecnico "Contratti semplici e chiari" coordinato dall'Ania.

I testi delle Condizioni di Assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione, utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune. Il testo è stato corredato da alcuni esempi pratici per facilitare la comprensione dei passaggi più complessi.

Documento aggiornato al: 03 Febbraio 2026






INDICE

PREMESSA	2
CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	3
Art. 1. PRESTAZIONI ASSICURATE	3
CHE COSA NON È ASSICURATO?	3
Art. 2. LIMITAZIONI	3
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	3
Art. 3. ESCLUSIONI	3
3.1 PERIODO DI CARENZA	4
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	5
Art. 4. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO E ACCERTAMENTI SANITARI	5
4.1 STATUS DI FUMATORE E DI NON FUMATORE	5
4.2 ACCERTAMENTI SANITARI	6
Art. 5. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA	7
Art. 6. PAGAMENTI	7
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	8
Art. 7. PIANO DI VERSAMENTO DEI PREMI	8
Art. 8. INTERRUZIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI	9
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	9
Art. 9. DURATA DEL CONTRATTO	9
Art. 10. PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	9
COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?	10
Art. 11. REVOCA DELLA PROPOSTA	10
Art. 12. RECESSO	10
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? <input type="checkbox"/> SÌ <input checked="" type="checkbox"/> NO	10
Art. 13. RISCATTO E RIDUZIONE	10
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	10
Art. 14. COSTI APPLICATI	10
ALTRE DISPOSIZIONI	11
Art. 15. BENEFICIARI	11
Art. 16. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	11
Art. 17. PRESCRIZIONE	11
Art. 18. FACOLTÀ DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DA PARTE DELLA COMPAGNIA	12
Art. 19. FORO COMPETENTE	12
Art. 20. MEDIAZIONE CIVILE	12
Art. 21. TASSE E IMPOSTE	12
ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	13
GLOSSARIO	15

PREMESSA

Per facilitare la lettura sono stati inseriti all'interno delle Condizioni di Assicurazione dei box di consultazione, a fini esemplificativi senza alcun valore contrattuale, in cui sono riportate rappresentazioni pratiche o numeriche, a maggior comprensione di alcuni concetti.

Le Condizioni di Assicurazione sono inoltre corredate da un Glossario che riporta la spiegazione dei termini tecnici che possono ricorrere nei contratti di Assicurazione sulla Vita. Quindi troverai:

- **Il grassetto sottolineato**, per evidenziare le limitazioni, le avvertenze, perdite di diritti, gli oneri a carico dei soggetti di polizza.
-  Questo simbolo indica le Clausole Vessatorie che sono poi riportate nella Proposta/Polizza e che richiedono un assenso esplicito del Contraente.
-  Questo simbolo indica il riferimento normativo specifico richiamato dalla previsione contrattuale.
-  Questo simbolo per introdurre esemplificazioni riportate in calce agli articoli o in appendice.
- La scritta evidenziata **DEFINIZIONE**, con sfondo azzurro, per introdurre definizioni ricorrenti nel testo che hanno una regola utile da ricordare.

CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1. PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente contratto di assicurazione sulla vita prevede, a fronte del versamento da parte del Contraente di premi annui costanti, la liquidazione ai Beneficiari designati del "capitale assicurato", in caso di morte dell'assicurato entro la scadenza prestabilita. Il capitale assicurato è definito in polizza al momento della sottoscrizione del contratto e rimane costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita, la polizza si intenderà estinta ed i premi pagati a fronte dell'Assicurazione prestata resteranno acquisiti dalla Società.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 2. LIMITAZIONI

Non sono assicurabili persone che alla decorrenza del contratto abbiano un'età inferiore ai 18 anni e persone di età superiori ai 74 anni compiuti. Alla scadenza del contratto l'assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore a 75 anni.

Per età si intende l'età assicurativa ossia l'età intera (senza frazioni di anno) considerando l'anno intero se sono trascorsi 6 mesi e più dall'ultimo compleanno.

Inoltre, la polizza può essere conclusa solo se:

- il Contraente abbia la propria Residenza anagrafica, il Domicilio abituale e la Residenza fiscale in Italia;
- il Beneficiario designato non abbia Residenza o non abbia la Sede legale (nel caso di Persona Giuridica) in Stati sottoposti a Sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- il Contraente ed il Beneficiario designato (e/o il suo Titolare effettivo qualora sia un soggetto diverso da persona fisica) non facciano parte di Liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- il Contraente assolvere ai propri obblighi ai sensi della Normativa Antiriciclaggio rendendo, mediante apposite dichiarazioni per iscritto e vincolanti, ogni dato, informazione e producendo ogni documento utile alla Compagnia per effettuare le valutazioni e le verifiche di competenza.

Il Contraente, pertanto, si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Athora Italia lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede in un altro stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, il contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato alla Società, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.



ESEMPIO DI ETÀ ASSICURATIVA

Laddove non espressamente indicato "età compiuta", l'età è convenzionalmente considerata "età assicurativa", ossia, se sono trascorsi sei (6) mesi e un (1) giorno dall'ultimo compleanno, l'età considerata è la prossima da compiere.

Ad es. 49 anni, 6 mesi e 1 giorno = 50 anni. 49 anni, 5 mesi e 29 giorni = 49 anni.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 3. ESCLUSIONI

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

È 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;
- g) 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;
- h) attività sportive pericolose, non dichiarate come praticate alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, ad esempio: alpinismo oltre i 4000 metri, arrampicata, scalata su ghiaccio, speleologia, sci fuori pista, pugilato o altre forme di boxe, sport motoristici (come ad esempio automobilismo, motociclismo e motonautica), sport acquatici (come ad esempio immersioni subacquee, kayak, rafting, vela d'altura), sport aerei, sport estremi in genere (come ad esempio base jumping, rooftopping, parkour, speedflying, canyoning);
- i) attività professionali pericolose, non dichiarate come praticate alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comportino una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.;
- j) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- k) malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- l) soggiorni in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiare Sicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- m) 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 del capitale assicurato definito in polizza.

3.1 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 è un periodo di operatività limitata della copertura assicurativa, durante il quale la prestazione viene riconosciuta solo in caso di decesso per conseguenza diretta di:

- a) 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) 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.



PERIODO DI CARENZA

Per poter accettare la copertura del rischio la Compagnia ha necessità di verificare lo stato di salute dell'Assicurato attraverso la relazione del medico curante e gli esami medici.

Nei casi in cui non siano previste la relazione e visita del medico curante e gli esami medici ed il contratto venga assunto solo sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato, è previsto il periodo di "carenza" di 6 mesi (180 giorni) dalla decorrenza del contratto (5 anni nei casi di HIV, AIDS), durante i quali in caso di morte dell'Assicurato non sarà valida la copertura Assicurativa, quindi non verrà liquidato il capitale, a meno che la causa del decesso sia una di quelle previste e sopra descritte nel dettaglio.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 4. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO E ACCERTAMENTI SANITARI

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:

1. di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
2. 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, ha diritto:

1. di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
2. 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.

È in ogni caso fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Alla sottoscrizione del contratto occorre la dichiarazione circa lo stato di non fumatore o fumatore dell'assicurando e la compilazione di un questionario di accertamento delle condizioni di salute ed abitudini di vita dell'assicurando.

Se l'Assicurato non coincide con il Contraente, alla sottoscrizione il Contraente deve consegnare copia di un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o della sede in Italia fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione.

4.1 STATUS DI FUMATORE E DI NON FUMATORE

Alla data di sottoscrizione della Proposta/Polizza o della Proposta di assicurazione, il Contraente e l'Assicurato devono sottoscrivere la dichiarazione che attesti lo stato di non fumatore dell'Assicurato.

È definito **fumatore** l'Assicurato che fumi anche sporadicamente sigarette, sigari o pipa, oppure che ha smesso di fumare da meno di ventiquattro (24) 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 (24) mesi.

È 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.

Se l'assicurato si è dichiarato non fumatore al momento della sottoscrizione e inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso o il contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta ad Athora Italia.

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, Athora Italia applicherà quanto esposto al precedente articolo 4 in merito alle dichiarazioni inesatte o reticenti.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste avvengono mediante raccomandata.

Il presente Contratto è stato concepito nel rispetto della normativa legale e fiscale applicabile ai Contraenti e agli Assicurati aventi domicilio e residenza fiscale in Italia o, nel caso di persone giuridiche, aventi sede legale e residenza fiscale in Italia. Qualora il Contraente/Assicurato trasferisca la propria residenza o sede legale in un Paese diverso dall'Italia si impegna a darne comunicazione entro 30 giorni ad Athora Italia.

In caso di inadempimento, il Contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato ad Athora Italia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato in cui il Contraente si è trasferito.

In tale evenienza, il Contraente potrebbe non avere più diritto a versare Premi aggiuntivi e il Contratto potrebbe non incontrare più i bisogni individuali del Contraente/Assicurato stesso. La variazione di residenza potrebbe consentire alla Compagnia di sospendere e /o sciogliere il Contratto.

In caso di scioglimento, il Contraente può sempre richiedere il pagamento del valore di Riscatto totale del Contratto stesso.

4.2 ACCERTAMENTI SANITARI

Il contratto è stipulato compilando solo il Questionario sanitario presente nella Proposta se sono verificate le seguenti condizioni:

- Capitale Assicurato fino a 350.000 euro se l'Assicurato ha una età assicurativa alla data di decorrenza della polizza fino a 50 anni;
- Capitale Assicurato fino a 200.000 euro se l'Assicurato ha una età assicurativa alla data di decorrenza della polizza tra i 51 ed i 60 anni.

In questi casi, se dal Questionario non emergono fattori di rischio rilevanti, il contratto può essere perfezionato, fatti salvi i periodi di "carenza" e le limitazioni.

In tutti gli altri casi,

- se l'età dell'Assicurato è superiore a 60 anni qualunque sia l'ammontare del Capitale assicurato,
- se il Capitale assicurato è superiore a 350.000 euro, indipendentemente dall'età dell'Assicurato,
- se il Capitale assicurato è superiore a 200.000 euro e l'Assicurato ha una età assicurativa alla data di decorrenza della polizza superiore a 50 anni, la Compagnia chiede accertamenti sanitari come riportato nell'allegato A alle Condizioni di Assicurazione.

Ugualmente, se emergono elementi di rischio dal questionario tali da necessitare di ulteriori approfondimenti, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore specifica documentazione medica.

Nel caso in cui dal Questionario sanitario e/o dalla documentazione medica emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio; oppure
- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi; oppure
- richiedere ulteriore documentazione.

Con riferimento alla compilazione del Questionario si fa presente che si riconosce il diritto delle persone considerate "guarite da patologia oncologica" di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica in caso di stipula di contratti assicurativi.

L'assicurato, infatti, non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

La Compagnia 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, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- richiedere ulteriori informazioni al riguardo anche dietro compilazione da parte dell'Assicurando di questionari specifici sulle attività svolte; oppure,
- stabilire l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione del rischio in esame.



RIFERIMENTO NORMATIVO

Sulla base della Legge 7 dicembre 2023, n.193 (Diritti delle persone già affette da malattie oncologiche) un individuo può considerato "guarito da patologia oncologica" quando il trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni alla data della richiesta di informazioni sul suo stato di salute e/o dalla compilazione del questionario sanitario (oblio oncologico). Tale periodo è ridotto

a 5 anni se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato 1, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

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

Art. 5. OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA

La Società, in ottemperanza alla normativa vigente, dispone sul proprio sito internet www.athora.it di una specifica Area Clienti, "Le mie polizze", attraverso la quale il Contraente potrà accedere alla Sua posizione assicurativa, consultarla ed operare alcune richieste. Sulla stessa pagina del sito vengono fornite tutte le informazioni per l'accesso e per la navigazione.

La Compagnia trasmette le comunicazioni, in corso di contratto, su supporto cartaceo se il Contraente non ha dato il consenso a ricevere le stesse in formato elettronico. Il consenso può essere dato al momento della sottoscrizione della proposta – polizza, attraverso la compilazione della dichiarazione specificatamente presente, o successivamente nel corso della durata contrattuale attraverso l'Area riservata (Home Insurance).

Il Contraente può revocare il consenso o modificare l'indirizzo e-mail.

In corso di contratto, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, la Compagnia trasmetterà il Documento unico di rendicontazione (cosiddetto D.U.R.) della posizione assicurativa come previsto dalla normativa in vigore. La Compagnia si impegna a comunicare le eventuali variazioni delle informazioni contenute nelle condizioni di assicurazione, anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Art. 6. PAGAMENTI

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 intermediario di Athora Italia che ha in gestione il contratto.

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.

Nel caso in cui i documenti prima elencati non risultassero sufficienti, la Società si riserva di richiedere ulteriori attestazioni o referti utili a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

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 Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese al di fuori dell'Italia fatta eccezione per i Paesi di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 7. PIANO DI VERSAMENTO DEI PREMI

"ATHORA TU PER LORO" prevede il pagamento di premi annui costanti per tutta la durata della polizza, il primo al perfezionamento del contratto ed i successivi ad ogni ricorrenza annuale che precede la data di scadenza o del decesso dell'Assicurato.

L'ammontare del premio annuo è in funzione dell'ammontare del capitale assicurato, della durata del contratto, dello stato di non fumatore o fumatore, dell'età dell'assicurato, del suo stato di salute, delle attività sportive e professionali svolte e delle abitudini di vita.

Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario **la certificazione** rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Il certificato di guarigione per esercitare il diritto all'oblio oncologico è necessario ai **fini della cancellazione delle informazioni sulla pregressa patologia**, precedentemente fornite dal contraente/assicurato. La presentazione del certificato di guarigione, quindi, è

effettuata solo in fase successiva alla stipula o al rinnovo del contratto, per ristabilire condizioni assicurative analoghe a quelle che vengono riconosciute al contraente sano che non ha mai avuto una patologia oncologica.

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

Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit), consigliata soprattutto in caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile del premio; in caso di modifica del rapporto contrattuale sul quale opera la procedura SDD il contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Athora Italia;
- 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".

È comunque fatto divieto all'intermediario di Athora Italia S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle suddette forme di pagamento.

Art. 8. INTERRUZIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della rata, la sospensione del contratto, e quindi della copertura assicurativa, ed i premi pagati restano acquisiti alla Società. Trascorso 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, senza che vi sia stata riattivazione del pagamento, il contratto è concluso.

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.

Se non è trascorso 1 anno dalla scadenza della prima rata non pagata, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

La riattivazione può avvenire 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 del pagamento dei premi, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'intero importo dovuto.

Trascorso 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto è concluso di diritto e l'assicurazione non può più essere riattivata.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 9. DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto può avere una durata compresa tra 1 e 25 anni, scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione e non mutabile in corso di efficacia della polizza. L'età dell'assicurato a scadenza deve in ogni caso essere inferiore a 75 anni e 6 mesi.

Art. 10. PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

- CASO A. Sottoscrizione della Proposta/Polizza e parametri entro i limiti

Nel caso in cui siano realizzate tutte le seguenti condizioni:

- 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 ed il Capitale Assicurato siano nei limiti previsti dal precedente art 4.2 per i quali sia sufficiente la compilazione

del questionario;

- L'Assicurato accetti l'applicazione del periodo di carenza come riportato nel precedente art. 3.2

Il contratto sarà perfezionato, direttamente 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.

- CASO B. Sottoscrizione della Proposta polizza e parametri che richiedono accertamenti sanitari

Nel caso in cui una o più condizioni riportate nel punto precedente (CASO A) non si realizzino, la Proposta sarà valutata da Athora Italia che si riserva 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.

Nei casi di valutazione del rischio da parte di Athora Italia, il premio dovrà essere corrisposto unicamente al momento del perfezionamento del contratto

COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Art. 11. REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato (CASO B articolo 10), il Contraente ha la facoltà di revocare la propria Proposta di assicurazione inviando una comunicazione scritta, indicando la volontà di revoca e gli elementi identificativi della proposta, mediante lettera raccomandata A.R., indirizzata al seguente recapito:

ATHORA ITALIA S.p.A. - Ufficio 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 per intero eventualmente corrisposto.

Art. 12. RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento della conclusione del contratto.

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.

Tale comunicazione può essere inviata, entro lo stesso termine, all'indirizzo di posta elettronica: portafoglio@pec.athoraitalia.it.

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 30 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.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? ☐ SI ☒ NO

Art. 13. RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non ammette né riduzione né riscatto.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 14. COSTI APPLICATI

Sul prodotto sono previsti:

- Costi gravanti sul premio

- spese di emissione: non previste;
- costo percentuale: su ciascun premio è previsto un costo percentuale pari al 20%;
- spese di gestione: su ciascun premio è previsto un costo del 3% con un massimo di 25 euro.

- In caso di frazionamento del premio sono previsti i seguenti interessi in funzione della periodicità di frazionamento:

- Semestrale 1,0%;
- Trimestrale 2,0%;
- Mensile 3,0%.

In caso siano richiesti accertamenti delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, il relativo costo è a carico del contraente e sarà in funzione delle specifiche tariffe dei medici e delle strutture scelte.

- Costi di intermediazione

la quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è mediamente dell'80%.

ALTRE DISPOSIZIONI

Art. 15. BENEFICIARI

Il Contraente indica i Beneficiari e può in qualsiasi momento modificare o revocare la designazione scrivendo alla Compagnia.

Infatti, come previsto 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.

Secondo l'art. 1921 C.C., la revoca o la modifica del beneficio non può essere fatta:

- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- 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 alla Compagnia.

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

Il Contraente può anche indicare una persona, "Referente terzo", diverso dal Beneficiario a cui la Compagnia possa fare riferimento in caso si verifichi l'evento assicurato.

Al fine di essere certi che le somme dovute vengano effettivamente rimosse, 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.



REFERENTE TERZO

Oltre alla designazione dei Beneficiari, la regolamentazione di settore prevede una figura di supporto, il Referente terzo, cui la Compagnia potrà fare riferimento, in caso di decesso dell'Assicurato, per individuare più efficacemente i Beneficiari e gli aventi diritto alla prestazione.

Art. 16. 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. 17. PRESCRIZIONE

Il Codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 10 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. 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, e la Compagnia restituirà il capitale investito senza che sia dovuta alcuna ulteriore somma o altra prestazione da parte della Compagnia. Il contratto, inoltre, si risolve di diritto nel caso in cui il Contraente e/o il Beneficiario/uno o più dei Beneficiari si configuri come uno dei soggetti di cui alla Legge 9 dicembre 2021, n. 220* recante l'individuazione di "Misure per contrastare il finanziamento delle imprese produttrici di mine antipersona, di munizioni e submunizioni a grappolo" o come legale rappresentante dei suddetti soggetti.

*Nota: Si intendono per tali le società in qualsiasi forma giuridica costituite, aventi sede in Italia o all'estero, che, direttamente o tramite società controllate o collegate, ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile, svolgano attività di costruzione, produzione, sviluppo, assemblaggio, riparazione, conservazione, impiego, utilizzo, immagazzinaggio, stoccaggio, detenzione, promozione, vendita, distribuzione, importazione, esportazione, trasferimento o trasporto delle mine antipersona, delle munizioni e submunizioni cluster, di qualunque natura o composizione, o di parti di esse.

Rientrano anche le società in qualsiasi forma giuridica costituite, aventi sede in Italia o all'estero, che, direttamente o tramite società controllate o collegate, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice civile, svolgano attività di svolgere ricerca tecnologica, fabbricazione, vendita e cessione, a qualsiasi titolo, esportazione, importazione e detenzione di munizioni e submunizioni cluster, di qualunque natura o composizione, o di parti di esse.

Art. 19. 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. 20. MEDIAZIONE CIVILE

Si rammenta che il D.Lgs. 28/2010 e s.m.i. , 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. pec: athoraitalia@pec.athoraitalia.it.

Art. 21. TASSE E IMPOSTE

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

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

FINO A 50 ANNI	CAPITALI FINO A 350.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica se si vuole eliminare la carenza (6 mesi). (facoltativo)
	3. TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	CAPITALI DA 350.000,01 EURO A 499.999,99 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	CAPITALI DA 500.000,00 EURO A 1.000.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	5. ECG a riposo con tracciati e rapporto cardiologico.
	CAPITALI OLTRE 1.000.000,01 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	5. ECG a riposo e ECG da sforzo massimale con tracciati e rapporto cardiologico.
DA 51 A 60 ANNI	CAPITALI FINO A 200.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica se si vuole eliminare la carenza. (6 mesi) (facoltativo)
	3. TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	CAPITALI DA 200.000,01 EURO A 350.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	CAPITALI DA 350.000,01 EURO A 750.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)

	5. ECG a riposo
	CAPITALI OLTRE 750.000,01 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	5. ECG da sforzo massimale.
DA 61 A 74 ANNI	6. Solo per gli uomini: PSA totale e libero.
	CAPITALI FINO A 250.000,00 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	3. TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	CAPITALI DA 250.000,01 EURO A 400.999,99 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	5. ECG a riposo.
	CAPITALI OLTRE 750.000,01 EURO
	1. Questionario sanitario allegato alla proposta.
	2. Rapporto di visita medica.
	3. Analisi completa delle urine.
	4. Esame completo del sangue: colesterolo tot, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e numero piastrine, HbsAg, HBeAg, HCV, TEST HIV, se si vuole eliminare la carenza di 5 anni. (facoltativo)
	5. ECG da sforzo massimale.
	6. Solo per gli uomini: PSA totale e libero.

Età = Età assicurativa

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione consulti il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

GLOSSARIO

DOCUMENTO AGGIORNATO AL 03/02/2026

- **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.
- **ARBITRO ASSICURATIVO:** organismo indipendente istituito presso l'IVASS che consente ai consumatori di risolvere in modo semplice, rapido ed economico le controversie relative ai contratti e ai servizi assicurativi, rappresentando un'alternativa alla giustizia ordinaria e agli altri strumenti di risoluzione stragiudiziale.
- **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.
- **BENEFICIARIO:** 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:** costi sul contratto a carico del Contraente.
- **CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO ATTIVO DELLA PATOLOGIA:** ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
- **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 Compagnia 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.
- **DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO:** il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
- **DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE:** è il 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.
- **ETÀ ASSICURATIVA:** laddove non espressamente indicato "età compiuta", l'età è convenzionalmente considerata "età assicurativa", ossia, se sono trascorsi sei (6) mesi e un (1) giorno dall'ultimo compleanno, l'età considerata è la prossima da compiere. Ad es. 49 anni, 6 mesi e 1 giorno = 50 anni.
- **ETÀ COMPIUTA:** modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato e del Contraente che considera come limite il giorno del compimento dell'età stessa.

- **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.
- **INDICE DI SOLVIBILITÀ:** 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:** facoltà del Contraente di estinguere la polizza, con conseguente liquidazione dell'importo dovuto.
- **SOCIETÀ:** la Compagnia di Assicurazione Athora Italia S.p.A.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _____ .
TAR. _____

Intermediario: _____

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;

☐ 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.

☒ SÌ

☐ NO

Il Contraente _____

Beneficiari

È possibile designare il Beneficiario o i Beneficiari **in forma nominativa**, fornendo i dati di seguito richiesti; in alternativa, rimane facoltà del Contraente indicare i Beneficiario **in forma generica**.

Avvertenze:

- Nel caso di designazione in forma generica, si segnala che l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.
- In ogni caso, la modifica o revoca dei Beneficiari designati deve essere comunicata all'Impresa.

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		Percentuale

☐ 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 articoli 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.

***** LO SPAZIO VUOTO SOTTOSTANTE NON E' UTILIZZABILE *****

Dati Tecnici

<div></div> <div>Decorrenza della polizza</div>	<div></div> <div>Durata della polizza</div>	<div></div> <div>Scadenza della polizza</div>	<div></div> <div>Durata pagamento premi</div>
<div></div> <div>Frazionamento</div>			

Prestazioni

Premio lordo
(comprensivo di diritti, eventuali sovrappremi, interessi di frazionamento) Euro

Premio lordo annuo successivo
(comprensivo di diritti, eventuali sovrappremi, interessi di frazionamento) Euro

Capitale assicurato Euro

Emessa in due esemplari ad un solo effetto il

***** LO SPAZIO VUOTO SOTTOSTANTE NON E'UTILIZZABILE *****

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO ANAMNESTICO/SANITARIO

Avvertenza: Introduzione del **diritto all'oblio oncologico**: l'assicurato non è tenuto a fornire informazioni o a sottoporsi a visite mediche in merito a pregresse patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso nei termini indicati dalla legge 193 del 2023: per maggiori informazioni vedere il Set Informativo.

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 risposta 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.

L'Assicurato si è sottoposto a visita medica?

☐ SI ☐ NO

3) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha mai sviluppato dipendenza da alcol e/o farmaci (barbiturici, sedativi, anfetamine, psicofarmaci)?

☐ SI ☐ NO

4) Ha sofferto o soffre attualmente di malattie del sangue, dell'apparato cardiovascolare, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche o mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, malattie del sistema linfatico, diabete o epatite?

☐ SI ☐ NO

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

4bis) Ha sofferto o soffre attualmente di patologie oncologiche, ha subito interventi o cure per tali patologie?

Fornire dettagli:

☐ SI ☐ NO

5) Negli ultimi 5 (cinque) anni 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 di cura, durata del ricovero, esito eventuali postumi):

6) Negli ultimi 5 (cinque) anni si è sottoposto oppure è in attesa di sottoporsi (nei prossimi 12 mesi) ad esami specialistici particolari (risonanza magnetica, TAC, ecografia, test di funzionalità epatica, fondo oculare, elettroencefalogramma, mammografia, radiografia, coronarografia, biopsia, funzionalità polmonare, ecc.) esclusi eventuali controlli di routine?

☐ SI ☐ NO

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

7) Negli ultimi 5 (cinque) anni ha sofferto di malattie per cui 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 inabilità o di invalidità o sta per avviare una richiesta di pensione di inabilità o di invalidità?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo fornire dettagli:

10) Nei prossimi 12 mesi intende sottoporsi a degli accertamenti sanitari a causa di una sintomatologia persistente (es. ingrossamento di un linfonodo, nodulo, tumefazione, rigonfiamento, dolore toraco, tosse, diarrea, costipazione, perdita di peso involontaria, cefalgia, eccessiva sudorazione notturna)?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo fornire dettagli (esame, motivo e data se disponibile):

Attività sportiva praticata dall'Assicurato

FAC-SIMILE

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

1. Propongono l'assicurazione dopo aver approvato specificatamente le Condizioni di Assicurazione 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 AVVM 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.
 - l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

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 ai sensi 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.**E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.**
7. Prosciogliono dal segreto professionale e legale tutti i medici che abbiano visitato o 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 _____

Dichiaro che:

- Ho preso visione, prima della sottoscrizione della presente Polizza dell'informativa precontrattuale relativa all'Elenco delle regole di comportamento del distributore;
- Ho ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della presente Polizza, dell'informativa sul distributore nonché dell'informativa precontrattuale relativa a modello e attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite dal distributore;
- prima della sottoscrizione del presente Documento di polizza, ho ricevuto, ho preso visione e compreso il Set informativo e ogni documento che lo compone:

Il Contraente _____

L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

CONSENSO AI FINI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto dalla Società preventivamente alla sottoscrizione del presente contratto di assicurazione, l'informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2026/679 del 27 aprile 2016), esprimendo la propria volontà in merito ai consensi ivi richiesti.

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 articoli 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.

Il Contraente _____

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 Fascicolo Informativo, comprensivo della proposta, al Contraente.

Firma dell'incaricato alla riscossione _____

REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, il Contraente ha la facoltà di revocare la propria Proposta di Assicurazione inviando alla Società una comunicazione scritta, mediante Lettera Raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi della Proposta e la dichiarazione che intende revocare la Proposta stessa.

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

CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le clausole delle Condizioni di Assicurazione relative a:

- CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Esclusioni e periodo di carenza;

- CHE OBBLIGHI HO?

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato e accertamenti sanitari;

- QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Perfezionamento del contratto e decorrenza delle coperture assicurative;

- COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Revoca; Recesso;

- SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?

Riscatto;

- ALTRE DISPOSIZIONI

Cessione, pegno, vincolo; Facoltà di risoluzione del contratto da parte della Compagnia.

Data: _____

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL

PAGINA NON UTILIZZABILE