

# Income Protection

## Copertura assicurativa multirischi in forma collettiva

### Contratto di assicurazione dei rami vita e danni con coperture assicurative in caso di decesso, infortunio, malattia e perdita di impiego

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di adesione**

**deve essere consegnato all'Aderente e all'Assicurato prima della sottoscrizione della proposta di adesione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa**

#### **Groupama Assicurazioni S.p.A.**

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI  
  
Groupama

## NOTA INFORMATIVA

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEI RAMI VITA E DANNI CON COPERTURE ASSICURATIVE IN CASO DI DECESSO, INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITA DI IMPIEGO

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Aderente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della adesione.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Italia. Tel 06/3018.1 - fax 06/80.210.831 - [www.groupama.it](http://www.groupama.it); [info@groupama.it](mailto:info@groupama.it); PEC: [groupama@legalmail.it](mailto:groupama@legalmail.it).

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 è iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA -Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto della Società ammonta a 478,8 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 306,2 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II" (normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione entrata in vigore il 1° gennaio 2016), al 31/12/2016 sono pari a: 122,64% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 257,08% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è un'assicurazione in forma collettiva la cui stipulazione discende da un accordo tra le Parti denominato "Convenzione" di durata annuale, e tacitamente rinnovabile per eguali periodi successivi, salvo diversa pattuizione.

Contraente della Convenzione e del contratto emesso in esecuzione di questa è Faber & Partners S.r.l. o chi per esso (in forza di rapporto di collaborazione con Faber & Partners instaurato e notificato alla Società) che, per mezzo del presente contratto, provvede ad assicurare i propri clienti

- Aderenti persone fisiche, che intendano tutelarsi contro i rischi di Decesso, Invalidità totale permanente da infortunio, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita di

Impiego, oppure

- Aderenti persone giuridiche che intendano tutelare il proprio reddito contro i rischi di Decesso, Invalidità totale permanente da infortunio, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia che dovessero occorrere ai propri uomini chiave.

In caso di Aderente persona fisica, l'Assicurato coincide con l'Aderente stesso; in caso di Aderente persona giuridica, l'Assicurato è individuato tra gli uomini chiave dell'impresa Aderente che sottoscrive l'adesione.

### **3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

Sono disponibili le seguenti coperture assicurative:

- a) Decesso;
- b) Invalidità totale permanente da infortunio;
- c) Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia;
- d) Perdita di impiego.

**Tali coperture assicurative sono attivabili sulla base della tipologia di Aderente (persona fisica o giuridica), dello status lavorativo dell'Assicurato dichiarato all'emissione dell'adesione nonché della durata contrattuale, come di seguito riportato.**

Le coperture Decesso e Invalidità totale permanente da infortunio sono sempre attivabili, anche congiuntamente.

La copertura Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia è selezionabile solo per durate non superiori a 10 anni e solo in caso di Assicurato **Lavoratore Autonomo**: sono considerati lavoratori autonomi anche i "Lavoratori a progetto", i "Collaboratori coordinati e continuativi" e le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

La copertura Perdita di impiego è selezionabile solo per durate non superiori a 10 anni e solo in caso di Assicurato **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro non inferiore a 20 ore settimanali, che non lavori in un'impresa familiare e che abbia il contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana.

La copertura Perdita di impiego non è disponibile in caso di Aderente persona giuridica.

**Le coperture Perdita di impiego e Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia possono in ogni caso essere attivate solo in abbinamento ad almeno una tra le garanzie Decesso e Invalidità totale permanente da infortunio.**

La durata del contratto coincide con l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate nel modulo di adesione, e può essere scelta liberamente dall'Aderente tra 3, 5, 10 e 15 anni.

**L'attivazione delle singole coperture è in ogni caso subordinata all'esito favorevole del processo assuntivo.**

In particolare:

- in caso di esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare la copertura b), sarà comunque possibile attivare la sola copertura a) e viceversa;
- l'esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare la copertura a) o la b), rende il prodotto non sottoscrivibile.

**Ai sensi degli artt. 2 e 3 delle Condizioni di Assicurazione, l'età dell'Assicurato**

- **alla data di decorrenza della copertura assicurativa, deve essere compresa tra i 18 e i 65 anni, ridotti a 60 in caso di presenza della copertura Perdita di impiego e**
- **non può eccedere i 70 anni alla scadenza del contratto, ridotti a ridotti a 65 in caso di presenza della copertura Perdita di impiego.**

**Vengono di seguito illustrate le coperture assicurative attivabili previste dal presente contratto:**

**A) COPERTURA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa e ferme restando le esclusioni previste all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione, è previsto il pagamento, in favore dei Beneficiari indicati nel modulo di adesione, del capitale assicurato, alla data del decesso. Il capitale assicurato iniziale decresce a ciascuna ricorrenza annuale del contratto di un importo pari al capitale assicurato iniziale, riportato nel modulo di adesione, diviso il numero di anni di durata contrattuale.

**B) COPERTURA IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DELL'ASSICURATO DERIVANTE DA INFORTUNIO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

In caso di infortunio dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, ferme restando le esclusioni previste all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione, è previsto il pagamento, in favore dell'Aderente, del capitale assicurato riportato nel modulo di adesione.

**C) COPERTURA IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, dai quali derivi la perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere, per un numero di giorni superiore a 60, ferme restando le esclusioni previste all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Aderente e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione stesso e considerando il numero di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (60 giorni) e la conclusione del periodo di inabilità, fino ad un **massimo di 6 mensilità per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Aderente potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito venga effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità.

Esempio 1:

Mensilità assicurata: 500,00 Euro

Durata del periodo di inabilità: 45 giorni

Franchigia: 60 giorni

Mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità: 0

In questo caso non avrà luogo alcuna liquidazione.

Esempio 2:

Mensilità assicurata: 500,00 Euro

Durata del periodo di inabilità: 95 giorni

Franchigia: 60 giorni

Mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità: 1

Importo complessivamente liquidato:  $500,00 \times 1 = 500,00$  Euro

**La copertura è operante a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, sia un Lavoratore Autonomo: in caso di variazione dello status lavorativo, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo sopra illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.**

**Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.**

**D) COPERTURA IN CASO DI PERDITA DI IMPIEGO DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

In caso di disoccupazione dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa per un numero di giorni superiore a 90, ferme restando le esclusioni previste all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, la Società procederà alla liquidazione, in favore dell'Aderente e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e considerando il numero di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (90 giorni) e la conclusione del periodo di disoccupazione, fino ad un **massimo di 6 mensilità per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Aderente potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito sia effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (90 giorni) e la conclusione del periodo di disoccupazione.

Esempio 3:

Mensilità assicurata: 500,00 Euro

Durata del periodo di disoccupazione: 190 giorni

Franchigia: 90 giorni

Mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di disoccupazione: 3

Importo complessivamente liquidato:  $500,00 \times 3 = 1.500,00$  Euro

**La copertura è operante a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, sia un Lavoratore Dipendente Privato, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto con un contratto di almeno 20 ore settimanali (sono esclusi gli Assicurati lavoratori in un'impresa familiare o con contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana)**

**In caso di variazione dello status lavorativo, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo sopra illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto**

relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

Tale copertura cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale permanente da Infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio delle coperture assicurative si rimanda agli artt. 1, 3, 5, 7, 9 e 14 delle Condizioni di Assicurazione.

\* \* \*

Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di una prestazione in caso di Decesso, Invalidità permanente o Inabilità temporanea dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica ed esami clinici. Tuttavia è possibile, entro determinati importi di capitale assicurato ed entro certi limiti di età, limitarsi alla compilazione di un questionario anamnestico.

La Società ha tuttavia la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione del questionario.

In assenza di visita medica, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione dell'adesione, e sia conseguenza di malattia, la Società corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare del premio relativo alla copertura Decesso corrisposto. Si rinvia all'art. 9.A delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle condizioni assuntive previste al variare dell'età e del capitale iniziale assicurato.

Qualora le condizioni assuntive sopra citate prevedano la compilazione del questionario anamnestico, la presentazione degli esiti della visita medica e/o di ulteriori esami clinici, la conclusione dell'adesione e la conseguente attivazione delle coperture assicurative sono subordinate al consenso della Società, formulato a seguito della verifica delle dichiarazioni rese e degli accertamenti sanitari presentati, ai sensi degli artt. 3, 4 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad eccezione delle coperture in caso di Decesso da infortunio, Invalidità totale permanente da infortunio e Inabilità temporanea totale dell'Assicurato, le singole coperture assicurative prevedono dei periodi di carenza, secondo quanto indicato agli articoli 4 e 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Trovano inoltre applicazione delle limitazioni in termini di capitale assicurabile (per le coperture in caso di Decesso ed Invalidità totale permanente da infortunio), periodi di franchigia e/o limitazioni in termini di numero massimo di mensilità assicurate indennizzabili (per le coperture assicurative in caso di Inabilità temporanea totale e Perdita di impiego).

Per gli aspetti di dettaglio di tali franchigie e limitazioni si rimanda all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Si fornisce di seguito una sintesi delle franchigie e delle limitazioni operanti per le singole coperture assicurative.

- **Coperture in caso di Decesso o di Invalidità totale permanente derivante da infortunio:**
  - Il capitale iniziale assicurato della copertura Decesso e quello assicurato relativo alla copertura Invalidità totale permanente da infortunio devono essere compresi tra un

minimo di Euro 15.000,00 ed un massimo di Euro 300.000,00: concorre alla determinazione del capitale massimo assicurabile il cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di Decesso o Invalidità totale permanente.

- In caso di attivazione congiunta delle due coperture, il capitale iniziale assicurato per Decesso coincide con il capitale assicurato per Invalidità totale permanente da infortunio.

La copertura in caso di **Invalidità totale permanente derivante da infortunio prevede una franchigia percentuale pari al 60%**.

▪ **Coperture in caso di Inabilità temporanea totale e Perdita di impiego:**

- la mensilità assicurabile può essere scelta in misura pari a 250,00 Euro, 400,00 Euro, 500,00 Euro, 600,00 Euro o 700,00 Euro a discrezione dell'Aderente.
- la copertura Inabilità temporanea totale prevede un periodo di franchigia di 60 giorni;
- la copertura Perdita di impiego prevede un periodo di franchigia di 90 giorni;
- le coperture Inabilità temporanea totale e Perdita di impiego prevedono inoltre la corresponsione al massimo di **6 mensilità per ogni sinistro**, e **12 mensilità per l'intero periodo di durata della copertura**.

Per una migliore comprensione dei concetti di franchigia e massimale, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'Aderente e corrisponde alla somma che non sarà indennizzata all'Aderente. Solitamente è espressa in cifra assoluta, in una percentuale della somma assicurata o in giorni.

Esempio di **franchigia espressa in giorni**: se l'inabilità ha una durata di 25 giorni, prevedendo le Condizioni di Assicurazione una franchigia di giorni 60, la Società non è tenuta ad alcun indennizzo; se l'inabilità ha una durata di 95 giorni, la Società è tenuta al pagamento della mensilità assicurata considerando il numero effettivo di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità.

Esempio di **franchigia in percentuale**: in presenza di una franchigia fissa sul grado di invalidità permanente accertato, l'invalidità permanente di grado inferiore alla franchigia stabilita non dà luogo ad alcun indennizzo.

Nel presente contratto è prevista una franchigia sul grado di invalidità permanente pari al 60%, pertanto, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 50%, la Società non corrisponde alcun indennizzo, mentre se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata pari o superiore al 60%, la Società corrisponde all'Aderente a titolo di indennizzo il capitale assicurato.

Il **massimale** rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale la Società si impegna a prestare la copertura assicurativa.

I massimali previsti dalle Condizioni di Assicurazione, relativamente alle varie coperture, coincidono con i capitali indicati nel modulo di adesione.

**Sono altresì sempre operanti le esclusioni dalle singole coperture assicurative specificate all'art. 10 delle stesse Condizioni di Assicurazione.**

**Si richiama l'attenzione dell'Assicurato circa la necessità di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute nel modulo di adesione, relative alla compilazione del questionario anamnestico.**

**Inoltre, si raccomanda di leggere attentamente quanto riportato nelle Condizioni di Assicurazione, relativamente ai periodi di sospensione delle coperture assicurative, alle**

franchigie, ai massimali (artt. 2, 3 e 9 delle Condizioni di Assicurazione), alle condizioni per l'assunzione del rischio (art. 4 delle Condizioni di Assicurazione) e alle esclusioni (art. 10 delle Condizioni di Assicurazione).

#### **4. Periodi di carenza contrattuale**

**Ad eccezione delle coperture in caso di Decesso da infortunio o Invalidità totale permanente da infortunio dell'Assicurato, le singole coperture assicurative prevedono dei periodi di carenza, ossia periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di decorrenza dell'adesione e l'effettiva decorrenza della copertura.**

Le coperture per

- Decesso derivante da malattia, in caso di assenza di visita medica, salvo quanto previsto all'art. 9.A, e
  - Inabilità temporanea totale da malattia,
- decorrono dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

La copertura Perdita di impiego decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

**Sono altresì assimilabili a periodi di carenza, i cosiddetti "periodi di riqualificazione", ossia gli intervalli temporali che debbono intercorrere tra la liquidazione di un indennizzo per Inabilità temporanea totale o Perdita di impiego ed il verificarsi di un secondo evento afferente alla medesima copertura, affinché la stessa risulti operativa ed il nuovo evento pienamente indennizzabile.**

**Il verificarsi di un sinistro nel corso del periodo di riqualificazione non dà diritto ad alcun indennizzo.**

La copertura di Inabilità temporanea totale prevede un periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o alla stessa malattia del sinistro precedente.

La copertura Perdita di impiego prevede un periodo di riqualificazione di 90 giorni.

**Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.**

#### **5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**

**Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione dell'adesione potrebbero comportare effetti sulla prestazione.**

Le conseguenze sono descritte all'articolo 5 delle Condizioni di Assicurazione, a cui si rinvia.

**È necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario anamnestico.**

#### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio – Perdita dei requisiti di assicurabilità**

L'Aderente non è tenuto a comunicare alla Società ogni eventuale aggravamento e diminuzione del rischio conseguente a variazioni delle attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato, successive alla data di decorrenza delle coperture assicurative.

##### **6.1 Variazione dello status lavorativo in caso di Aderente persona fisica**

**In caso di variazione dello status lavorativo** (così come definito nel Glossario) dichiarato all'emissione del contratto, l'Aderente/Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il proprio nuovo status/professione: qualora siano state attivate le coperture per Inabilità temporanea totale o Perdita di Impiego e il nuovo status non avrebbe consentito, all'emissione del contratto, di attivarle sulla base di quanto riportato al precedente art. 3, la Società provvederà alla

restituzione del relativo premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

### **6.1 Variazione della status lavorativo dell'Assicurato in caso di Aderente persona giuridica**

**Qualora l'Assicurato perda i requisiti di assicurabilità in quanto non più uomo chiave dell'Aderente**, quest'ultimo è tenuto a comunicare la cessazione di tale requisito alla Società che provvederà al rimborso, all'Aderente, della parte di premio corrispondente al periodo di copertura assicurativa non goduta intercorrente tra la data di perdita del requisito e la scadenza originaria della copertura.

- - -

**In caso di Perdita di impiego o Inabilità temporanea totale, l'Aderente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società l'inquadramento professionale dell'Assicurato alla data del sinistro, fornendo le specifiche di volta in volta necessarie nel rispetto di quanto previsto all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.**

### **7. Premi**

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione di un premio unico anticipato, comprensivo dell'imposta di assicurazione se prevista, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse.

Il premio unico dovuto è determinato in relazione alla durata della copertura assicurativa, all'importo del capitale assicurato, alle coperture attivate, allo stato di salute dell'Assicurato, all'età dell'Assicurato e, sulla base del capitale assicurato, anche alle attività professionali e sportive dallo stesso svolte alla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Il premio unico deve essere corrisposto mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato a Faber & Partners S.r.l. e tale versamento varrà come pagamento del premio a favore di Groupama Assicurazioni S.p.A. che a tal fine ha conferito a Faber & Partners S.r.l. apposito mandato all'incasso.

Sul premio unico corrisposto dall'Aderente gravano dei **costi** destinati alla copertura delle spese di emissione e gestione dell'adesione come riportato nella seguente tabella:

<b>Tipologia costo</b>	<b>Importo (percentuale)</b>	<b>Modalità di applicazione</b>	<b>Quota parte retrocessa all'intermediario</b>
Caricamento per spese di emissione e gestione	80,0%	Applicato sul premio corrisposto al netto delle eventuali imposte	87,50%

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 3 e 8 delle Condizioni di Assicurazione.

### **8. Rivalse**

**La rivalsa è un diritto dell'Assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando la Società, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'Assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno, la restituzione dell'intera somma corrisposta o di parte di essa.**

Per il presente contratto la Società rinuncia al diritto di rivalsa.

### **9. Sconti**

Il presente contratto non prevede sconti sui premi.

## **10. Regime fiscale**

Sono di seguito riportate le norme **in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa**, con riferimento alla specifica forma contrattuale oggetto del presente Fascicolo Informativo.

### *Imposta sui premi*

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposte.

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.

I premi relativi alle coperture Invalidità permanente da infortunio, Perdita di impiego e Inabilità temporanea nonché le eventuali spese di emissione, sono soggetti ad un'aliquota d'imposta del 2,50%.

### *Detraibilità fiscale dei premi (in caso di Aderente persona fisica)*

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura annua massima di 100,70 Euro, che corrisponde all'importo di 530,00 Euro moltiplicato per l'aliquota del 19%. Per usufruire della detrazione, l'Assicurato deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

### *Deducibilità (in caso di Aderente persona giuridica)*

L'importo del premio versato è interamente deducibile.

### *Tassazione delle somme assicurate*

I capitali corrisposti alle persone fisiche ai sensi del presente contratto e in caso di morte dell'Assicurato non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

Le somme comunque corrisposte a soggetti nell'esercizio di attività commerciali potrebbero essere oggetto di tassazione separata: l'onere di verifica ed i relativi adempimenti restano in capo all'Aderente.

## **11. Modalità di perfezionamento dell'adesione**

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e di determinazione della decorrenza delle coperture assicurative sono dettagliatamente illustrate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, fatti salvi i periodi di carenza contrattuale indicati al precedente art. 4 e all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

## **12. Riscatto**

La presente copertura assicurativa **non ammette valore di riscatto**, in quanto il premio corrisposto viene interamente utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi oggetto delle diverse coperture (rischio di mortalità, di invalidità, ecc); conseguentemente, **nel caso in cui non si verificasse alcun sinistro nel periodo di validità della copertura assicurativa, nessuna prestazione sarà dovuta alla scadenza ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.**

## **13. Revoca della proposta**

Non prevista in quanto non prevista la proposta, ma l'adesione.

## **14. Diritto di recesso**

**Entro e non oltre 60 giorni dalla conclusione dell'adesione, l'Aderente può recedere.**

Per esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve comunicare alla Società la propria volontà di recedere dall'adesione, indicando gli elementi identificativi della stessa e restituendo l'originale del modulo di adesione; la comunicazione deve essere inviata

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: email [faberpartners@legalmail.it](mailto:faberpartners@legalmail.it) (o in via secondaria, in assenza di PEC, ad [info@faberpartners.it](mailto:info@faberpartners.it) o a Faber & Partners S.r.l. – Ufficio Adesioni – Piazza De Gasperi, 12/16 – 21047 Saronno (VA))

oppure

- mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A.- c.a. BU Protezione – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Aderente il premio da questi corrisposto, al netto delle eventuali spese di emissioni ed imposte.

**Per le sole coperture di Invalidità totale permanente, Inabilità temporanea e Perdita di impiego con durata superiore ai cinque anni, è data facoltà all'Aderente, trascorso il quinquennio, di recedere senza oneri dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.**

Per maggiori dettagli si rimanda all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

**Groupama Assicurazioni S.p.A. ha diritto di recedere dall'adesione entro 60 giorni dal momento in cui è perfezionata la conclusione della stessa, dandone comunicazione all'Aderente a mezzo lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendo il premio versato.**

**Il recesso, da chiunque esercitato, comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.**

#### **15. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

L'Aderente o il/i Beneficiario/i sono tenuti a presentare alla Società, per ogni ipotesi di liquidazione da parte della stessa, la documentazione di cui all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, una volta ricevuta la suddetta documentazione, verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo ed individuati gli aventi diritto alla liquidazione, esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali nel termine di trenta giorni dall'avvenuta conoscenza dell'evento nonché dalla ricezione della documentazione, di cui al precedente comma, che consentono la liquidazione della prestazione. Decorso il suddetto termine, la Società riconosce agli aventi diritto, a partire dallo stesso, i dovuti interessi moratori.

**Si precisa, inoltre, che i diritti alla riscossione delle prestazioni derivanti dal contratto si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, per quanto attiene alle prestazioni derivanti dalla copertura assicurativa in caso di Decesso, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda per quanto attiene le prestazioni derivanti dalle altre coperture previste dal presente contratto. Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro i suddetti termini vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

#### **16. Legge applicabile al contratto**

Al presente contratto si applica la legge italiana. In particolare si rilevano i seguenti aspetti legali:

*Non pignorabilità e non sequestrabilità*

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza delle polizze vita non sono pignorabili né sequestrabili. Tuttavia il premio corrisposto dall'Assicurato soggiace alle disposizioni relative alla revocabilità degli atti compiuti in pregiudizio ai creditori.

*Diritto proprio del Beneficiario*

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, le somme corrisposte al Beneficiario a seguito di decesso non rientrano nell'asse ereditario.

#### **17. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto/il modulo di adesione, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di durata delle coperture assicurative sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

#### **18. Informativa in corso di contratto**

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del sito [www.groupama.it](http://www.groupama.it).

Sul sito [www.groupama.it](http://www.groupama.it) è disponibile un'Area Clienti riservata dove è possibile consultare la propria posizione assicurativa. Per garantire una consultazione sicura, le credenziali d'accesso verranno rilasciate solo su specifica richiesta.

Per ottenerle, è necessario effettuare la registrazione all'area riservata, accessibile dalla *home page* del sito della Società, e seguire le istruzioni riportate. Alla conclusione del processo verranno fornite le credenziali per la consultazione dell'area riservata.

#### **19. Comunicazioni dell'Aderente/Beneficiario alla Società**

Per comunicazioni relative a sinistro o variazione dello status lavorativo dichiarato all'emissione del contratto, è possibile scrivere

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: email [faberpartners@legalmail.it](mailto:faberpartners@legalmail.it) (o in via secondaria, in assenza di PEC, ad [info@faberpartners.it](mailto:info@faberpartners.it) o a Faber & Partners S.r.l. – Ufficio Adesioni –Piazza De Gasperi, 12/16 – 21047 Saronno (VA))

oppure

- mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A.- c.a. BU Protezione – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

#### **20. Conflitto di interessi**

La Società si impegna a:

- mettere in atto le procedure di monitoraggio per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse;
- evitare, sia nella fase di offerta che in quella d'esecuzione del presente prodotto, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo;
- garantire, nei casi in cui il conflitto non possa essere evitato, che gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio;
- operare, ai sensi e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 51 del Regolamento IVASS (ex Isvap) n. 35 del 26 maggio 2010 e successive modifiche ed integrazioni, nell'interesse dei contraenti al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

La Società ha, in particolare, definito quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte quelle situazioni che implicano rapporti con le altre società del Gruppo francese Groupama o con le quali la Società intrattiene rapporti di affari rilevanti.

Per la commercializzazione di tale prodotto non sono state individuate situazioni in cui la Società operi direttamente o indirettamente in conflitto di interessi. In ogni caso la Società si impegna:

- pur in presenza del conflitto di interessi, ad operare in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti;
- ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile, indipendentemente dall'esistenza di eventuali accordi.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **21. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

**L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.**

**I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto alla Società. A tale scopo è possibile utilizzare il modulo di comunicazione del sinistro disponibile presso Faber & Partners S.r.l. in cui è indicata la documentazione da presentare, come previsto all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.**

**Per la copertura di Invalidità totale permanente è previsto che la Società possa effettuare l'accertamento dell'invalidità permanente tra il sesto e il dodicesimo mese dalla data di denuncia.**

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative si rinvia al precedente art. 14 e agli articoli da 12 a 16 delle Condizioni di Assicurazione.

### **22. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese n°385 – 00144 Roma - fax: 06 80.210.979 - E-mail: [reclami@groupama.it](mailto:reclami@groupama.it) .

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) - Guida ai reclami, nonché sul sito [www.groupama.it](http://www.groupama.it), nella sezione Contatti/Reclami.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

### **23. Arbitrato**

È possibile far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie.

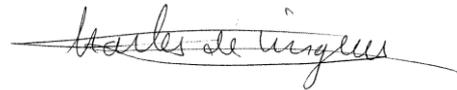
**Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

\* \* \*

**Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**Groupama Assicurazioni S.p.A.  
Il Rappresentante legale  
Charles de Tinguy**



*Dati aggiornati al 1/12/2017  
Nota Informativa del Fascicolo Informativo Mod. 220394 Ed. 12-2017*

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

### **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEI RAMI VITA E DANNI**

### **CON COPERTURE ASSICURATIVE IN CASO DI DECESSO, INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITA DI IMPIEGO**

#### **Premessa**

Le singole adesioni al presente prodotto sono disciplinate:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto indicato nel modulo di adesione, comprensivo di eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

#### **1. OGGETTO DELLE COPERTURE E OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Il presente contratto è un'assicurazione in forma collettiva la cui stipulazione discende da un accordo tra le Parti denominato "Convenzione" di durata annuale, e tacitamente rinnovabile per eguali periodi successivi, salvo diversa pattuizione.

Contraente della Convenzione e del contratto emesso in esecuzione di questa è Faber & Partners S.r.l. o chi per esso (in forza di rapporto di collaborazione con Faber & Partners instaurato e notificato alla Società) che, per mezzo del presente contratto, provvede ad assicurare i propri clienti

- Aderenti persone fisiche, che intendano tutelarsi contro i rischi di Decesso, Invalidità totale permanente da infortunio, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita di Impiego, oppure
- Aderenti persone giuridiche che intendano tutelare il proprio reddito contro i rischi di Decesso, Invalidità totale permanente da infortunio, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia che dovessero occorrere ai propri uomini chiave.

In caso di Aderente persona fisica, l'Assicurato coincide con l'Aderente stesso; in caso di Aderente persona giuridica, l'Assicurato è individuato tra gli uomini chiave dell'impresa Aderente che sottoscrive l'adesione.

Sono previste le seguenti coperture assicurative:

- a) Decesso,
- b) Invalidità totale permanente da infortunio,
- c) Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,
- d) Perdita di impiego.

**Tali coperture assicurative sono attivabili sulla base della tipologia di Aderente (persona fisica o giuridica), dello status lavorativo dell'Assicurato dichiarato all'emissione dell'adesione nonché della durata contrattuale, come di seguito riportato.**

Le coperture Decesso e Invalidità totale permanente da infortunio sono sempre attivabili, anche congiuntamente.

La copertura Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia è selezionabile solo per durate non superiori a 10 anni e solo in caso di Assicurato **Lavoratore Autonomo**: sono considerati lavoratori autonomi anche i "Lavoratori a progetto", i "Collaboratori coordinati e continuativi" e le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

La copertura Perdita di impiego è selezionabile solo per durate non superiori a 10 anni e solo in caso di Assicurato **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro non inferiore a 20 ore settimanali, che non lavori in un'impresa familiare e che abbia il contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana. La copertura Perdita di impiego non è disponibile in caso di Aderente persona giuridica.

**Le coperture Perdita di impiego e Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia possono in ogni caso essere attivate solo in abbinamento ad almeno una garanzia tra Decesso e Invalidità totale permanente da infortunio.**

**L'attivazione delle singole coperture è in ogni caso subordinata all'esito favorevole del processo assuntivo.**

In particolare:

- in caso di esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare la copertura b), sarà comunque possibile attivare la sola copertura a) e viceversa;
- l'esito non favorevole del processo assuntivo, che comporti l'impossibilità di attivare la copertura a) e la b), rende il prodotto non sottoscrivibile.

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dal modulo di adesione e dalle appendici da essa firmate.

## **2. PERSONE ASSICURABILI**

È assicurabile la persona fisica che

- **alla decorrenza della copertura assicurativa, abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni, ridotti a 60 in caso di presenza della copertura Perdita di impiego;**
- **alla scadenza del contratto non abbia un'età superiore a 70 anni, ridotti a 65 in caso di presenza della copertura Perdita di impiego.**
- **abbia ricevuto consenso della Società alla conclusione dell'adesione, a seguito della verifica delle dichiarazioni rese nel questionario anamnestico e degli eventuali accertamenti sanitari presentati così come previsto al successivo articolo 4.**

L'età dell'Assicurato è calcolata al compleanno più prossimo (età anagrafica aumentata di un anno nel caso in cui siano trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno).

## **3. CONCLUSIONE DELL'ADESIONE, DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE**

L'adesione si considera perfezionata o conclusa nel momento in cui l'Aderente e l'Assicurato sottoscrivono il modulo di adesione e l'Aderente provvede al pagamento del premio pattuito, secondo le modalità indicate al successivo art. 8.

Fatto salvo quanto previsto al precedente art. 2 e ferme le carenze stabilite agli articoli 10.B, 10.C e 10.D, gli effetti dell'adesione decorrono dalle ore 24:00 del giorno della relativa conclusione, ai sensi del comma precedente.

Qualora l'adesione preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore dalle ore 24:00 del giorno ivi previsto.

La durata del contratto coincide con l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate nel modulo di adesione, e può essere scelta liberamente dall'Aderente tra 3, 5, 10 e 15 anni nel rispetto dei limiti assuntivi indicati al precedente art. 2.

Gli effetti della copertura assicurativa sul singolo Assicurato cessano alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel modulo di adesione, ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- Decesso dell'Assicurato;
- liquidazione dell'indennizzo previsto per Invalidità totale permanente da infortunio dell'Assicurato.

#### 4. LIMITI E MODALITÀ ASSUNTIVE

Il capitale iniziale assicurato della copertura Decesso e quello assicurato relativo alla copertura Invalidità totale permanente da infortunio devono essere compresi tra un minimo di Euro 15.000,00 ed un massimo di Euro 300.000,00: concorre alla determinazione del capitale massimo assicurabile il cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di Decesso o Invalidità totale permanente.

In caso di attivazione congiunta delle due coperture, il capitale iniziale assicurato per Decesso coincide con il capitale assicurato per Invalidità totale permanente da infortunio.

In funzione del cumulo dei capitali assicurati con la Società e dell'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, l'Assicurato stesso, nel rispetto della tabella di seguito riportata, dovrà:

- compilare il questionario anamnestico semplificato;
- compilare il questionario anamnestico, completo delle domande relative alle attività professionali e sportive praticate;

<b>Capitale assicurato<sup>(*)</sup></b>	<b>Età dell'Assicurato all'adesione da 18 a 60 anni</b>	<b>Età dell'Assicurato all'adesione da 61 a 65</b>
Fino a € 200.000,00	Questionario anamnestico semplificato	Questionario anamnestico completo
Da € 200.000,01 a 300.000,00	Questionario anamnestico completo	Questionario anamnestico completo

<sup>(\*)</sup> L'importo del capitale assicurato, da considerare ai fini delle informazioni e degli accertamenti sanitari richiesti, corrisponde al cumulo dei capitali assicurati con la Società in caso di decesso o invalidità totale permanente e del capitale che si intende assicurare con l'adesione alla presente copertura assicurativa.

Il questionario anamnestico coincide con la sezione "Dichiarazioni dell'Assicurato" presente nel modulo di proposta di adesione.

La Società ha la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, anche laddove sia prevista la sola compilazione del questionario anamnestico semplificato o completo.

Nei casi che prevedono la presentazione di esami ed accertamenti medici, il dettaglio degli stessi è fornito di volta in volta dalla Società.

Nei casi che richiedono la compilazione del questionario anamnestico e dalle risposte rese dall'Assicurato si renda necessaria la valutazione della Società, oppure nei casi che prevedono, oltre alla compilazione del questionario, la presentazione di esami e accertamenti medici, l'adesione potrà essere perfezionata solo a seguito del parere favorevole della Società e alle condizioni dalla stessa indicate.

## 5. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione delle Coperture, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..**

L'Aderente e l'Assicurato sono tenuti a fornire alla Compagnia, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie per l'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini di antiriciclaggio, in quanto al presente contratto si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e/o integrazioni, in base alle quali la Società è tenuta a verificare, attraverso l'accertamento dell'identità ed affidabilità del cliente, che il contratto e le operazioni ad esso connesse non perseguano finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione dell'Aderente e/o dell'Assicurato, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, per espressa disposizione di legge, non sarà possibile dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione all'Aderente di quanto di sua spettanza (art. 23 del Decreto).

## 6. DIRITTO DI RECESSO

**Entro e non oltre 60 giorni dalla conclusione dell'adesione, l'Aderente può recedere.**

Per esercitare il diritto di recesso l'Aderente deve comunicare alla Società la propria volontà di recedere dall'adesione, indicando gli elementi identificativi della stessa e restituendo l'originale del modulo di adesione; la comunicazione deve essere inviata

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: email [faberpartners@legalmail.it](mailto:faberpartners@legalmail.it) (o in via secondaria, in assenza di PEC, ad [info@faberpartners.it](mailto:info@faberpartners.it) o a Faber & Partners S.r.l. – Ufficio Adesioni – Piazza De Gasperi, 12/16 – 21047 Saronno (VA))

▪

oppure

- mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A.- c.a. BU Protezione – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Aderente il premio da questi corrisposto, al netto delle eventuali spese di emissioni ed imposte.

Il recesso comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.

**Per le sole coperture di Invalidità totale permanente, Inabilità temporanea totale e Perdita di impiego, con durata superiore ai cinque anni, è data facoltà all'Aderente, trascorso il quinquennio, di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata:** la Compagnia restituirà all'Aderente la parte di premio, al netto delle spese di emissione e delle imposte, relativa alle coperture sopra richiamate corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata in base al criterio del pro rata temporis senza la previsione di oneri aggiuntivi.

## 7. RECESSO DELLA SOCIETÀ

**Groupama Assicurazioni S.p.A. ha diritto di recedere dall'adesione entro 60 giorni dal momento in cui è perfezionata dell'adesione dell'Aderente, dandone comunicazione all'Aderente stesso con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendo il premio versato.**

**Il recesso comporta l'annullamento dell'adesione e delle coperture assicurative.**

## 8. PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione di un premio unico anticipato, comprensivo dell'imposta di assicurazione se prevista, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Società e per tutta la durata delle stesse.

Il premio unico dovuto è determinato in relazione alla durata della copertura assicurativa, all'importo del capitale assicurato, alle coperture attivate, allo stato di salute dell'Assicurato, all'età dell'Assicurato e, sulla base del capitale assicurato, anche alle attività professionali e sportive dallo stesso svolte alla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Il premio unico deve essere corrisposto mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato a Faber & Partners S.r.l. prendendo atto che tale versamento varrà come pagamento del premio a favore di Groupama Assicurazioni S.p.a. che a tal fine ha conferito a Faber & Partners S.r.l. apposito mandato all'incasso.

**Se il premio non viene pagato dall'Aderente alla data di decorrenza dell'adesione, le coperture assicurative restano sospese fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio dovuto. Trascorsi 30 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la copertura assicurativa si risolve di diritto.**

## 9. PRESTAZIONI ASSICURATE

### 9.A PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, è previsto il pagamento del capitale assicurato in favore dei Beneficiari indicati nel modulo di adesione. In caso di Aderente persona giuridica, beneficiario unico della prestazione è l'Aderente.

Il capitale assicurato decresce a ciascuna ricorrenza annuale del contratto di un importo pari al capitale assicurato iniziale, riportato nel modulo di adesione, diviso il numero di anni di durata contrattuale.

Il capitale assicurato alla data del decesso, nei limiti e alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione e ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 10, è pari al capitale assicurato all'ultima ricorrenza anniversaria, determinato come riportato nel paragrafo che precede in caso di decesso coincidente con la ricorrenza anniversaria, il capitale assicurato coincide con quello calcolato alla medesima ricorrenza.

**In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la copertura assicurativa si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.**

Carenza

**Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione dell'adesione, e sia conseguenza di malattia, la Società corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare del relativo premio corrisposto.**

L'Aderente può richiedere che venga accordata sull'Assicurato la piena copertura assicurativa senza il periodo di carenza, purché l'Assicurato si sottoponga a visita medica accettandone le modalità: gli eventuali oneri restano a carico dell'Aderente.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione dell'adesione la limitazione sopraindicata e pertanto le garanzie previste della polizza saranno pienamente operanti, qualora il decesso sia conseguenza diretta di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica.

## **9.B COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

### **Persone Assicurate**

L'Assicurato.

### **Rischio assicurato**

L'invalidità totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%, a condizione che:

- l'infortunio si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- l'invalidità totale permanente dell'Assicurato sia riconosciuta **entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio che l'ha provocata;**
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo a favore dell'Aderente.

Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

L'accertamento dell'invalidità da parte della Società avviene tramite visita medico-legale effettuata tra **il sesto ed il dodicesimo mese decorrenti dalla data di denuncia dell'infortunio.** L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Aderente deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 C.C.).

**Le invalidità permanenti già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuovi infortuni o malattie.**

### **Prestazione Assicurata**

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Aderente in base alla Copertura per il caso di invalidità totale permanente da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione e ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 10, è pari al capitale assicurato indicato nel modulo di adesione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, la copertura assicurativa si intenderà estinta, ed il premio corrisposto resterà acquisito dalla Società.

## **9.C COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

### **Persone Assicurate**

L'Assicurato che, al momento del sinistro, risulti **Lavoratore Autonomo**, ai sensi della definizione riportata nel Glossario, ove si include nella categoria dei lavoratori autonomi anche i lavoratori a progetto, i collaboratori coordinati e continuativi e i lavoratori stagionali.

In caso di variazione dello status lavorativo, qualora la copertura sia richiamata nel modulo di adesione, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo di seguito illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.

### **Rischio assicurato**

Il rischio assicurato è l'inabilità temporanea e totale al lavoro da infortunio o malattia.

L'Assicurato si definisce "inabile totalmente al lavoro" in modo temporaneo se, a causa di un infortunio o di una malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

### **Franchigia - Carenza**

La copertura assicurativa per il caso di inabilità temporanea e totale al lavoro dovuta ad infortunio o malattia è sottoposta ad un periodo di **franchigia assoluta di 60 giorni**.

L'inabilità totale e temporanea al lavoro dovuta a malattia diventa operante dopo un periodo di **carenza di 180 giorni**.

### **Prestazione Assicurata**

Durante il periodo dell'inabilità successivo al periodo di franchigia sopra indicato, la Società procederà, nei limiti e sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 10, alla liquidazione, in favore dell'Aderente e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e considerando il numero di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (60 giorni) e la conclusione del periodo di inabilità, fino ad un **massimo di 6 mensilità per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Aderente potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito venga effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di inabilità.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia, **ferma la corresponsione massima di 6 rate per sinistro**.

Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia.

**In ogni caso, la Società non corrisponderà più di 12 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.**

#### **Denunce successive**

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per inabilità temporanea totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni** se il nuovo sinistro è dovuto allo stesso infortunio o alla stessa malattia del sinistro precedente.

**Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società nei confronti dell'Aderente per ciascun Assicurato cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 12 indennizzi mensili per il singolo Assicurato.**

### **9.D COPERTURA PER PERDITA DI IMPIEGO [OPERANTE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NEL MODULO DI ADESIONE]**

#### **Persone Assicurate**

L'Aderente/Assicurato che, al momento del sinistro, sia **Lavoratore Dipendente Privato assunto con un contratto di almeno 20 ore settimanali, inclusi i lavoratori con contratto a termine, di somministrazione lavoro e di apprendistato (sono esclusi i Lavoratori Dipendenti Privati in un'impresa familiare o con contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana).**

**In caso di variazione dello status lavorativo, qualora la copertura sia richiamata nel modulo di adesione, la Società non sarà tenuta al pagamento dell'indennizzo di seguito illustrato, e provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto relativo al periodo intercorrente tra la data di variazione dello status lavorativo e la scadenza originaria della copertura.**

#### **Rischio assicurato**

Il rischio assicurato è la cessazione non volontaria della propria attività lavorativa per licenziamento dovuto a "giustificato motivo oggettivo" e la contemporanea iscrizione alle liste di mobilità regionali, ovvero il possesso di status di disoccupato negli elenchi anagrafici o la percezione di reddito da cassa integrazione guadagni straordinaria.

#### **Carenza e franchigia**

La copertura assicurativa per il caso di perdita d'impiego come sopra definito è sottoposta ad un **periodo di carenza di 90 giorni** e la relativa prestazione è operativa dopo una **franchigia assoluta di 90 giorni**.

L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

#### **Prestazione assicurata**

Durante il periodo di disoccupazione successivo al periodo di franchigia sopra indicato, la Società procederà, nei limiti e sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, ferme restando le esclusioni previste al successivo art. 10, alla liquidazione, in favore dell'Aderente e con cadenza trimestrale, di un indennizzo calcolato sulla base dell'importo della mensilità assicurata indicata nel modulo di adesione e considerando il numero di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia (60 giorni) e la conclusione del periodo di disoccupazione, fino ad un **massimo di 6 mensilità per ogni sinistro**.

In ogni caso, l'Aderente potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo come sopra definito venga effettuata mensilmente considerando il numero effettivo di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del periodo di disoccupazione.

Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto.

Qualora l'Aderente/Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che l'Aderente/Assicurato al momento del sinistro sia nuovamente un **Lavoratore Dipendente Privato**, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto da almeno 90 giorni.

**In ogni caso la somma massima che la Società corrisponderà, nel caso di diversi licenziamenti, è pari all'ammontare di 12 rate mensili per tutto il periodo di durata della copertura.**

#### **Denunce successive**

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per perdita del posto di lavoro, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per perdita del posto di lavoro se, dal termine del sinistro precedente, **non è trascorso un Periodo di Riqualificazione (90 giorni consecutivi)** nel corso del quale l'Aderente/Assicurato sia ritornato ad essere un Lavoratore Dipendente Privato, che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunto da almeno 90 giorni.

**Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società nei confronti dell'Aderente/Assicurato cessano qualora si sia esaurito il massimale globale di 12 indennizzi mensili.**

## **10. ESCLUSIONI**

Le coperture relative ai rischi Decesso, Invalidità Totale Permanente da infortunio e Inabilità Temporanea Totale al lavoro non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) eventi derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri (salvo che per i sinistri derivanti da tali eventi, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano, e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace e sia impossibilitato ad abbandonare il Paese ove gli eventi sono in atto);
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Aderente o dell'Assicurato o del Beneficiario;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato o dall'Aderente;

- 11) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza e ci si attenga alla posologia prescritta;
- 12) eventi direttamente collegati alle seguenti attività professionali: lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, reattori nucleari, in cisterne, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche, palombari, sommozzatori, lavori a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive o corrosive;
- 13) eventi direttamente collegati alle seguenti attività sportive: pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino con sci o idrosci, alpinismo senza guida alpina od oltre il 3° grado della scala U.I.A.A., vela di altura, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli, sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.);
- 14) la pratica a livello professionale di attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri.

Le esclusioni di cui ai punti 12, 13 e 14 sono superate se le relative attività sono state dichiarate e ricomprese corrispondendo il relativo sovrappremio.

Relativamente al solo rischio Decesso la copertura non è inoltre operante nel seguente caso:

- 15) suicidio nel corso dei primi due anni di validità della adesione.

Relativamente ai soli rischi Invalidità Totale Permanente da infortunio ed Inabilità Temporanea Totale, la copertura non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 16) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 17) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 18) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 19) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 20) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, combinata nordica, bobsleigh, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee oltre i 20 metri, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- 21) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 22) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
- 23) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 24) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

La copertura Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

- 25) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 26) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 27) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 28) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 29) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 30) la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 31) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 32) se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 33) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- 34) i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 35) all'atto della sottoscrizione del contratto l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- 36) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- 37) l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego salvo che sia in CIGS;
- 38) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

## 11. BENEFICIARI E VINCOLO

Beneficiari della prestazione assicurata in caso di morte dell'Assicurato sono

- gli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato medesimo, ovvero i diversi soggetti designati dall'Assicurato stesso all'atto della sottoscrizione dell'adesione, in caso di Aderente persona fisica,
- l'Aderente stesso in caso di Aderente persona giuridica.

In caso di Aderente persona fisica, l'Aderente/Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso dell'Aderente/Assicurato;
- dopo che verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione del beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto dall'Aderente/Assicurato alla Società o contenute in un testamento valido.

Beneficiario delle prestazioni assicurate di cui ai precedenti punti 9.B, 9.C e 9.D è l'Aderente.

## 12. DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto alla Società. È possibile avvalersi del modulo di denuncia di sinistro disponibile presso l'Intermediario.

La denuncia del sinistro dovrà essere corredata della documentazione di seguito specificata e richiamata all'interno del modulo di denuncia di sinistro.

### ***In caso di decesso:***

- relazione sanitaria del medico curante, redatta su apposito modulo fornito dalla Società o in alternativa in forma libera purché vengano integralmente riportate tutte le informazioni richieste sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- copia conforme all'originale della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- copia conforme all'originale della prima cartella clinica in cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il decesso;
- copia del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza del testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuote la prestazione assicurata qualora il beneficiario sia minorenne o incapace.

*inoltre, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.):*

- copia del verbale delle Forze dell'ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico.

### ***In caso di invalidità totale permanente:***

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente.

### ***In caso di perdita del posto di lavoro:***

- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- dichiarazione del centro per l'impiego attestante lo stato di disoccupazione;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento.

### ***In caso di inabilità temporanea e totale al lavoro***

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione.

Per comunicazioni relative a sinistro è possibile scrivere

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: email [faberpartners@legalmail.it](mailto:faberpartners@legalmail.it) (o in via secondaria, in assenza di PEC, ad [info@faberpartners.it](mailto:info@faberpartners.it) o a Faber & Partners S.r.l. – Ufficio Adesioni – Piazza De Gasperi, 12/16 – 21047 Saronno (VA))

oppure

- mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

### **13. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE**

La Società, dopo la denuncia di un sinistro in caso di decesso, qualora questo sia indennizzabile, provvederà a corrispondere le somme dovute, entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione richiesta, comprensiva delle informazioni necessarie per l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni).

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Relativamente alla liquidazione degli importi assicurati con le coperture di cui agli artt. 9.C e 9.D, la Società procederà alla liquidazione degli stessi con cadenza trimestrale.

In ogni caso, l'Aderente potrà chiedere che la liquidazione dell'indennizzo di cui agli artt. 9.C e 9.D, sia effettuata mensilmente considerando il numero di mesi interamente trascorsi tra il termine del periodo di franchigia e la conclusione del sinistro, suddiviso in gruppi di 30 giorni ciascuno.

### **14. CONTROVERSIE**

Per le controversie relative ai contratti di assicurazione è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Aderente o Beneficiario.

Qualora tra l'Assicurato e la Società che presta la specifica copertura insorgano eventuali controversie sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, su accordo delle Parti, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **15. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

La Società rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

### **16. PRESCRIZIONE**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, per quanto attiene alle prestazioni derivanti dalla copertura assicurativa in caso di decesso, in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda per quanto attiene le prestazioni

derivanti dalle altre coperture previste dal presente contratto.

Gli importi dovuti e non reclamati alla Società entro i suddetti termini vengono comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e devoluti al Fondo di Solidarietà per le vittime delle frodi finanziarie, istituito presso lo stesso Ministero, ai sensi della Legge n. 266 del 23 Dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

## **17. IMPOSTE E TASSE**

Le imposte e le tasse relative alla presente adesione sono a carico dell'Aderente.

## **18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge in materia.

## **19. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI**

In caso di disdetta della Convenzione sottoscritta dalla Groupama Assicurazioni S.p.a. e/o da Faber & Partners S.r.l. o chi per esso (in forza di rapporto di collaborazione con Faber & Partners instaurato e notificato alla Società), resta salvo per ogni Aderente il diritto alle prestazioni già acquisite, che verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

## **20. OBBLIGHI DI RESTITUZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO**

Qualora la Società, con riferimento alla sottoscrizione dell'adesione o a qualsiasi successiva operazione ad essa connessa, non riceva la documentazione richiesta al fine di ottemperare agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui alla normativa antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), si riserva il diritto di non dar corso alla sottoscrizione dell'adesione o alla diversa operazione richiesta, con conseguente risoluzione del rapporto eventualmente in essere e restituzione all'Aderente di quanto di sua spettanza, tramite bonifico sul conto corrente bancario dello stesso indicato, senza che ciò costituisca inadempimento contrattuale da parte della Società.

## **21. CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI (*Sanction Limitation and Exclusion Clause*)**

L'adesione non sarà in alcun modo operante e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun risarcimento a seguito di qualsiasi sinistro o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa adesione, il pagamento di un sinistro o l'operatività delle coperture possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

*Dati aggiornati al 1/12/2017  
Condizioni di Assicurazione del Fascicolo Informativo Mod. 220394 Ed. 12-2017*

## GLOSSARIO

**AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO:** si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipula dell'adesione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio.

**ADERENTE:** persona fisica o giuridica che aderisce alla convenzione regolata dal Fascicolo informativo sottoscrivendo il modulo di adesione impegnandosi al pagamento del premio corrispondente.

**ANNO ASSICURATIVO:** periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'adesione.

**APPENDICE:** documento che forma parte integrante dell'adesione e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società, il contraente e l'assicurato.

**ARBITRATO:** procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione dell'adesione, con apposita clausola.

**ASSICURATO:** persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dalle coperture assicurative sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

**BENEFICIARIO:** persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Aderente, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**CAPITALE IN CASO DI DECESSO:** in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al beneficiario.

**CARENZA:** periodo immediatamente successivo alla data di effetto dell'adesione durante il quale le coperture non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia Assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

**CARICAMENTI:** parte del premio versato dall'Aderente destinata a coprire i costi commerciali ed amministrativi della Società.

**COMPAGNIA:** vedi "società".

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:** insieme delle clausole che disciplinano le coperture assicurative.

**CONFLITTO DI INTERESSI:** insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del Contraente e/o dell'Aderente.

**CONTRAENTE:** l'intermediario che sottoscrive l'assicurazione e raccoglie le adesioni

**COPERTURA ASSICURATIVA:** la copertura assicurativa concessa all'Aderente dalla Società che la fornisce, ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, ed in forza della quale la Società stessa è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un sinistro.

**COPERTURA ASSICURATIVA DI PURO RISCHIO:** categoria di coperture assicurative finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

**COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI DECESSO:** copertura assicurativa con la quale la società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro un termine prestabilito (scadenza del contratto), o

a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.

**COSTI O SPESE:** oneri a carico dell'assicurato gravanti sul premio versato.

**DECESSO:** morte dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

**DECORRENZA DELLA COPERTURA:** momento in cui le coperture divengono efficaci ed in cui l'adesione ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**DENUNCIA DI SINISTRO:** avviso che l'Aderente o Beneficiario deve dare all'assicuratore o all'intermediario a seguito di un sinistro.

**DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO):** misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e coperture assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

**DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI:** informazioni fornite dall'Aderente e dall'assicurato prima del perfezionamento dell'adesione e la conseguente attivazione delle coperture assicurative, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. In caso di dati o notizie inesatti od omissioni su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento dell'adesione o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

**DIMINUZIONE DEL RISCHIO:** si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula dell'adesione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso.

**DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO:** diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Aderente.

**DISOCCUPATO:** la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un lavoratore dipendente privato che è iscritto nelle liste del Centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità o da cassa integrazione guadagni straordinaria. Durante la disoccupazione il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

**DURATA CONTRATTUALE:** periodo durante il quale le coperture assicurative sono efficaci.

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

**ETÀ ASSICURATIVA:** modalità di calcolo dell'età dell'assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

**FASCICOLO INFORMATIVO:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Assicurato, composto da: Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Proposta di Adesione.

**FRANCHIGIA:** periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di contratto, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna indennità.

**IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ:** principio secondo cui le somme dovute dalla Società in base alla copertura prevista dalla presente adesione non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

**IMPRESA DI ASSICURAZIONE:** vedi "società".

**INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:** la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia non esclusi dalla copertura, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

**INDENNIZZO:** la somma dovuta dalla Società in base alla copertura prevista dalla presente adesione a seguito del verificarsi di un Sinistro.

**INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto, di ictus e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**INTERMEDIARIO:** soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

**INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO:** la perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione.

**ISVAP:** vedi IVASS.

**IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'istituzione dell'IVASS, ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria.

**LAVORATORE AUTONOMO:** la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt. 32 (reddito agrario), 50, c. 1, lettera c-bis (redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche e/o di partecipazione in società di persone e che, inoltre:

- non percepisca redditi di pensione;
- non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente che segue.

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori autonomi anche:

- i "Lavoratori a progetto";
- i "Collaboratori coordinati e continuativi";
- le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nella definizione di lavoratore dipendente quali, ad esempio, i lavoratori stagionali.

**LAVORATORE DIPENDENTE:** la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente:

- a) a tempo indeterminato;
- b) a tempo determinato, purché non stagionale;
- d) di apprendistato;
- e) di somministrazione lavoro.

**LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO:** la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975.

**LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO:** la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico.

**LIQUIDAZIONE:** pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**MALATTIA:** ogni obiettivamente alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**MARGINE DI SOLVIBILITÀ:** requisito patrimoniale che permette di garantire che le imprese siano finanziariamente solide e quindi in grado di onorare i propri impegni in caso sopravvengano rischi imprevedibili, rappresentando una garanzia della stabilità finanziaria delle stesse. Il margine di solvibilità disponibile corrisponde, in linea di massima, al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. Il margine di solvibilità richiesto corrisponde al requisito patrimoniale minimo che l'impresa deve soddisfare, nel rispetto della normativa comunitaria vigente.

**MASSIMALE:** la somma pattuita nel modulo di adesione fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la copertura assicurativa.

**MODULO DI ADESIONE:** il modulo, sottoscrivendo il quale ciascun Aderente dichiara di voler aderire alle coperture assicurative offerte e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture assicurative.

**NON LAVORATORE:** colui che non è né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico, né Lavoratore Autonomo (ad esempio: benestanti, pensionati, casalinghe, studenti).

**NORMALE ATTIVITÀ LAVORATIVA:** l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro.

**NOTA INFORMATIVA:** documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia di Assicurazione deve consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione e che contiene informazioni relative alla Compagnia di Assicurazione, all'adesione stessa ed alle caratteristiche assicurative della copertura.

**PERFEZIONAMENTO DELL'ADESIONE:** momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

**PERIODO DI COPERTURA O DI EFFICACIA:** periodo durante il quale l'adesione è efficace e le coperture operanti.

**PREMIO DI TARIFFA:** somma del premio puro e dei caricamenti.

**PREMIO PURO:** importo che rappresenta il corrispettivo base per la copertura assicurativa prestata dalla società con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di

sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

**PREMIO UNICO:** importo che l'Aderente corrisponde in soluzione unica al momento del perfezionamento dell'adesione.

**PRESCRIZIONE:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**PRESTAZIONE ASSICURATA:** vedi indennizzo.

**PROPOSTA DI ADESIONE:** documento o modulo sottoscritto dall'Aderente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere l'adesione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**RECESSO:** diritto di recedere dall'assicurazione e di farne cessare gli effetti.

**REVOCA:** diritto del proponente di revocare la proposta di adesione prima della conclusione del contratto.

**RICORRENZA ANNUALE:** l'anniversario della data di decorrenza dell'adesione.

**RIPRESA DI OCCUPAZIONE:** periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Disoccupazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro per Disoccupazione.

**RISCATTO:** facoltà dell'Aderente di interrompere anticipatamente l'adesione, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni di assicurazione.

**RISCHIO DEMOGRAFICO:** rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

**RIVALSA:** diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata al Beneficiario a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

**SINISTRO:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto dell'adesione e per il quale viene prestata la copertura ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

**SOCIETÀ:** Groupama Assicurazioni S.p.A. che fornisce la specifica copertura.

**STATUS LAVORATIVO/OCCUPAZIONALE:** ai fini del presente contratto, lo Status lavorativo/occupazionale è individuato tra i seguenti:

- **Lavoratore Dipendente Pubblico**
- **Lavoratore Autonomo** (o assimilati, ai sensi della definizione di lavoratore autonomo)
- **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro **non inferiore a 20 ore settimanali**, che **non lavori in un'impresa familiare**, e che abbia il **contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana**
- **Lavoratore Dipendente Privato** che svolge la propria attività lavorativa in modo consecutivo con obbligo di prestazione di lavoro **inferiore a 20 ore settimanali**, oppure che **lavori in un'impresa familiare**, oppure che abbia il **contratto di lavoro non regolato dalla Legge italiana**
- **Non lavoratore**

**VINCOLO:** condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di vincolare le somme assicurate. In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle coperture prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

*Dati aggiornati al 1/12/2017*

*Glossario del Fascicolo Informativo Mod. 220394 Ed. 12-2017*

**Groupama Assicurazioni S.p.A.**

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00865741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

(Questa pagina è lasciata intenzionalmente in bianco)

**Adesione N° \_\_\_\_\_ alla polizza collettiva N° \_\_\_\_\_ stipulata tra  
Faber & Partners S.r.l. o chi per esso e Groupama Assicurazioni S.p.A.**

Intermediario: J52 /Faber & Partners S.r.l

**ASSICURATO**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ SESSO: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
ST. CIVILE: \_\_\_\_\_ DOC.(\*) : / \_\_\_\_\_ RIL. DA: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
(\* ) 1 = Carta di identità 2 = Patente 3 = Passaporto 4 = Porto d'armi 5 = Tessera postale 6 = Altro

**ADERENTE (da compilare se diverso da Assicurato)**

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_ SEDE LEGALE \_\_\_\_\_  
P.IVA – CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CAP./LOC. \_\_\_\_\_

**Esecutore (in caso di aderente Persona giuridica)**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ SESSO: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
ST. CIVILE: \_\_\_\_\_ DOC.(\*) : / \_\_\_\_\_ RIL. DA: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_  
(\* ) 1 = Carta di identità 2 = Patente 3 = Passaporto 4 = Porto d'armi 5 = Tessera postale 6 = Altro

**BENEFICIARI**

**Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato, beneficiario in caso di decesso:  
i suoi Eredi legittimi e testamentari / beneficiario designato:**

**Se l'Assicurato è persona diversa dall'Aderente, beneficiario unico di tutte le prestazioni è l'Aderente.**

**ALTRE COPERTURE IN CORSO**

**Ha in corso con Groupama assicurazioni S.p.A. coperture per Decesso che, cumulate con la presente,  
determinano un capitale complessivamente assicurato superiore ad € 200.000**  si  no

**COPERTURE ASSICURATIVE - PREMI**

Prodotto: Income Protection - Copertura assicurativa multirischi in forma collettiva

Coperture assicurative da attivare:

- Decesso
- Invalidità totale permanente da infortunio
- Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia
- Perdita d'impiego

Decorrenza del contratto: \_\_\_\_\_ Durata: \_\_\_\_\_ Data di scadenza: \_\_\_\_\_

Capitale iniziale assicurato per la copertura Decesso \_\_\_\_\_ Euro  
Capitale assicurato per la copertura Invalidità totale permanente da infortunio: \_\_\_\_\_ Euro  
Mensilità assicurata per la copertura Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia: \_\_\_\_\_ Euro  
Mensilità assicurata per la copertura Perdita d'impiego \_\_\_\_\_ Euro

Premio unico lordo: \_\_\_\_\_ Euro, di cui:

- Premio unico netto della copertura per: Decesso \_\_\_\_\_ Euro
- Premio unico netto della copertura per: Invalidità totale permanente da infortunio \_\_\_\_\_ Euro
- Premio unico netto della copertura per: Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia \_\_\_\_\_ Euro
- Premio unico netto della copertura per: Perdita d'impiego \_\_\_\_\_ Euro
- Imposte: \_\_\_\_\_ Euro

**1)** Soffre o ha sofferto di malattie, escluse influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, sordità di grado medio, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti ?

NO  SI

*In caso affermativo precisare* - quali ? .....  
- quando ? .....

**2)** E' mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni, o prevede un prossimo ricovero, in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici (ad esclusione di ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post- traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) ?

NO  SI

*In caso affermativo precisare:*  
- quali, quando, per quale motivo, con quale esito: .....

**3)** Dovrà sottoporsi a trattamenti farmacologici e/o ad accertamenti clinici e strumentali nei prossimi sei mesi (fatta eccezione, per i soli accertamenti sanitari, ai semplici controlli di routine) ?

NO  SI

**4)** È titolare di pensione di Invalidità Civile o di altra forma di tutela previdenziale o ha presentato domanda per ottenerla ?

NO  SI

**5)** Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche ?

NO  SI

**6)** Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene ?

NO  SI

**7)** È esente da difetti fisici e/o costituzionali o da disturbi psichici che impediscano il normale svolgimento delle attività quotidiane ?

NO  SI

**8)** È sottoposto a terapia continuativa (per un periodo di almeno 30 giorni) ?

NO  SI

*In caso affermativo precisare* - quali ? .....

**9)** È mai risultato positivo ad un test HIV ?

NO  SI

FAACSSIMILE

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

**: QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO**

1) Ha in corso polizze con copertura caso morte presso altre Compagnie di Assicurazione?  NO  SI

Quale Compagnia ..... Capitali Assicurati .....

.....

.....

Si invita l'Assicurato a fornire le risposte alle domande di seguito riportate, al fine di consentire alla Società di valutare l'eventuale svolgimento di attività professionali o sportive che comportino l'esposizione a rischi particolari.

**ATTIVITÀ PROFESSIONALI**

2) Nella sua attività professionale, opera in cantieri o scavi, oppure su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi?  NO  SI

3) Nella sua attività professionale utilizza, trasporta o viene a contatto con materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive o corrosive, oppure opera nell'ambito di reattori nucleari, su piattaforme petrolifere, in cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche?

- quali?.....

4) Pratica a livello professionale attività aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive nautiche o terrestri? (rispondere anche se si tratta di attività sportive rientranti nelle categorie indicate)  NO  SI

- quali?.....

5) Pratica attività professionali pericolose non rientranti tra quelle descritte ai punti precedenti?  NO  SI

- quali?.....

6) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse (escluse le nazioni appartenenti all'Unione Europea, Australia, Canada, Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda)  NO

SI

- dove?.....

- per quali motivi?.....

- qual è il periodo di permanenza medio?.....

**ATTIVITÀ SPORTIVE**

7) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate?  NO  SI

Alpinismo fino al 4° grado con guida alpina, attività subacquee fino a 20 metri, vela di altura, equitazione agonistica senza salto di ostacoli.

8) Pratica attività sportive che rientrano anche per analogia, tra quelle sotto elencate?

Speleologia, free climbing, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, alpinismo senza guida alpina od oltre il 4° grado con guida alpina, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre, equitazione agonistica con salto di ostacoli.  NO  SI

- quali?.....

9) Si dedica ad attività sportive aeree o aeronautiche in genere (paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio, etc.)?  NO  SI

- quali?.....

10) Pratica attività sportive pericolose non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti?  NO  SI

- quali?.....

**QUESTIONARIO SANITARIO**

11) Il suo indice di massa corporea (calcolato come rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza) è superiore a 24? .....  NO  SI  
In caso affermativo indicare i valori della statura e del peso:  
cm..... Kg.....

12) Soffre o ha sofferto di malattie?  NO  SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

(non indicare le seguenti malattie: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, bronchite cronica, gastroduodenite cronica, colite spastica, dermatite, sordità di grado medio, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma, esiti di fratture post-traumatiche non patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti)

13) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano presentato segni di alterazione?  NO  SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

14) E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, altre strutture sanitarie, per interventi chirurgici o approfondimenti diagnostici o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapia a base di emoderivati?  NO  SI

In caso affermativo precisare quali, quando, per quale motivo, con quale esito:.....

(non indicare i ricoveri avvenuti per: appendicectomia, tonsillectomia, adeno-tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, ernia inguinale, safenectomia, varicectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto, colecistectomia non dovuta a neoplasia, splenectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica)

15a) Assume o ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?  NO  SI

15b) In caso affermativo indicare se i valori della pressione si sono normalizzati:  NO  SI

Indicare il farmaco ed il periodo di assunzione:.....

16a) Assume o ha mai assunto per un periodo di almeno 3 mesi farmaci per altre malattie oppure è sottoposto a terapie continuative?  NO  SI

In caso affermativo precisare:

- quali?.....

- quando?.....

17a) Fuma o ha mai fumato (sigari, sigarette, pipa, sigaretta elettronica o altro)?  NO  SI

17b) In caso affermativo precisare: in media fuma più di 20 sigarette al giorno?  NO  SI

18) Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?  NO  SI

19) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o allucinogene?  NO  SI

20) E' stato riconosciuto invalido Civile, Inps, Inail o per Causa di servizio?  NO  SI

In caso affermativo precisare il motivo, con quale percentuale:.....

**Diritto di recesso dall'adesione:** Entro 60 giorni dalla conclusione della adesione, l'Aderente potrà recedere. Il diritto di recesso, previsto e regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo, deve essere esercitato

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: email [faberpartners@legalmail.it](mailto:faberpartners@legalmail.it) (o in via secondaria, in assenza di PEC, ad [info@faberpartners.it](mailto:info@faberpartners.it) o a Faber & Partners S.r.l. – Ufficio Adesioni – Piazza De Gasperi, 12/16 – 21047 Saronno (VA)

oppure

- mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata presso la sede della Società e così intestata: Groupama Assicurazioni S.p.A. – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'adesione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivamente versato al netto delle eventuali imposte.

**Le forme di assicurazione che prevedono la corresponsione di un capitale in caso di decesso, invalidità permanente o malattia grave dell'Assicurato, richiedono il preventivo accertamento delle sue condizioni di salute mediante visita medica. Entro determinati importi di capitale ed entro determinate età, è possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario; a tal proposito, si richiama l'attenzione dell'Assicurato su quanto segue:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 e 1893 c.c.);**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario o nelle dichiarazioni sottoscritte;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti Società l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a suo carico.**

L'Assicurato, presa cognizione delle Condizioni di Assicurazione:

- 1) dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto ai questionari che precedono e che tutte le dichiarazioni e risposte rese nella presente adesione sono assolutamente veritiere; ne assume la responsabilità anche se per eventuali impedimenti, siano state scritte da altro secondo le sue indicazioni;
- 2) si obbliga a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta. Per la predisposizione di tale documentazione l'Assicurato dovrà rivolgersi ai medici di gradimento della Società utilizzando i supporti predisposti: l'aderente sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti.
- 3) dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possano averlo curato e visitato e tutte le altre persone, Enti, case di cura ecc, ai quali la Società credesse in ogni tempo, anche dopo la loro morte, di rivolgersi per informazioni.
- 4) **Dichiara di essere consapevole che Beneficiario delle prestazioni è l'Aderente se coincidente con l'Assicurato e in caso di decesso i suoi Eredi legittimi e testamentari; in caso di non coincidenza tra Assicurato e Aderente, beneficiario unico di tutte le prestazioni è l'Aderente.**

ASSICURATO (firma)

**DA SOTTOSCRIVERE IN CASO DI ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA DECESSO (se ADERENTE diverso da Assicurato)**

**L'Assicurato, preso atto che il prodotto "Income Protection - Copertura assicurativa multirischi in forma collettiva" sottoscritto dall'Aderente prevede la copertura assicurativa per Decesso e che tale copertura assicurativa ha validità per l'importo di capitale assicurato, decrescente a ciascuna ricorrenza annuale del contratto di un importo pari al capitale assicurato iniziale, riportato nel modulo di adesione, diviso il numero di anni di durata contrattuale, decorre e cessa alle date indicate nella presente adesione,**

**con la sottoscrizione della presente adesione dichiara, ai sensi dell'art. 1919 del C.C., di acconsentire esplicitamente alla conclusione dell'assicurazione sulla sua vita e di aderire, in qualità di Assicurato, alla Polizza collettiva stipulata tra Faber & Partners S.r.l. o chi per esso e Groupama Assicurazioni S.p.A. e sopra richiamata.**

ASSICURATO (firma)

**Groupama Assicurazioni S.p.A.**

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: [groupama@legalmail.it](mailto:groupama@legalmail.it) - [www.groupama.it](http://www.groupama.it)

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



## MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un premio unico anticipato.

Il premio deve essere versato alla Società per il tramite di Faber & Partners S.r.l..

La Società conferisce a Faber & Partners S.r.l. mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi a Faber & Partners S.r.l. si considera come effettuato direttamente dall'Aderente a favore della Società.

Le modalità di pagamento riconosciute dalla Società sono:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato o girato a Faber & Partners S.r.l.;
- bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico (per quest'ultimo solo qualora l'intermediario sia dotato di idoneo strumento), comunque sempre emesso a favore di Faber & Partners S.r.l..

L'adesione si intenderà conclusa e spiegherà la sua efficacia dal buon fine del pagamento suddetto.

### L'Aderente e l'Assicurato dichiarano altresì

- di aver preso atto di quanto contenuto nel modulo N.220059 relativo all'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che li riguardano, per le finalità assicurative;
- di essere stati compiutamente informati (ai sensi degli articoli 52 e 53 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n° 5 del 16 ottobre 2006) sugli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche (condizioni generali di assicurazione, oggetto delle coperture, ...) alla durata, ai costi ed ai limiti di copertura;
- **di aver ricevuto la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, il Modulo di proposta che compongono il presente Fascicolo Informativo Mod. 220394 Ed. 12-2017 e di aver preso atto di quanto in essi contenuto;** a tal proposito si dà atto che il testo integrale della Polizza Collettiva è depositato e a disposizione presso la sede di Faber & Partners S.r.l. nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga;
- **agli effetti degli artt. 1341 e 1342 cc, di aver preso atto e di accettare i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: art. 3 - Conclusione dell'adesione, decorrenza e durata delle coperture; art. 4 - Limiti e modalità assuntive; art. 5 - Dichiarazioni dell'Assicurato; art. 7 - Recesso della Società; art. 8 - Pagamento del premio; art. 9 - Prestazioni assicurate; art. 10 - Esclusioni; art. 12 - Denuncia del sinistro; art. 14 - Controversie; art. 16 - Prescrizione; art. 20 - Obblighi di restituzione ai sensi della normativa antiriciclaggio; art. 21 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni.**

ASSICURATO _____ (firma)	L'ADERENTE (se diverso da Assicurato) _____ (timbro e firma del Legale Rappresentante)
--------------------------------	--

**Confermo di aver identificato personalmente l'Aderente/Assicurato firmatario e di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 231/2007.**

**Attesto che sul presente modulo, firmato dall'Aderente (se diverso da Assicurato) e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.**

L'ACQUISITORE \_\_\_\_\_

Data di sottoscrizione \_\_\_\_\_

**Dati aggiornati al 01/12/2017**  
**Modulo di adesione del Fascicolo Informativo Mod. 220394 Ed. 12-2017**

### Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma

Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

