



ASSURANT Solutions

*Contratto di assicurazione di puro rischio
Lifestyle*

LS11CRC02

FASCICOLO INFORMATIVO

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- la Nota Informativa
- le Condizioni di Assicurazione
- il Glossario
- il Modulo di proposta

deve essere consegnato all'aderente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Nota Informativa
Polizza di Assicurazione Vita collegata alla Polizza di Assicurazione Danni
a Premio Unico

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

“Il Contraente e l’Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza”. **A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. Informazioni generali

Assurant General Insurance Limited, Compagnia di Assicurazione Danni con sede legale nel Regno Unito (6-12 Victoria Street, Windsor, SL4 1EN), è autorizzata a commercializzare i propri prodotti sia in libera prestazione di servizi sia in libertà di stabilimento, attraverso la sua Rappresentanza Generale in Italia (di seguito “Società”), sita in Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, tel.:800.699.925- sito internet: www.assurant.it, e-mail: prodotti@assurant.com.

L’Impresa e la sua Rappresentanza Generale sono sottoposte alla vigilanza della Financial Conduct Authority (FCA) e della Prudential Regulation Authority (PRA), organi di vigilanza del Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa

A livello europeo:

Il Patrimonio Netto della Società è pari a € 14.390.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa al Capitale Sociale è pari a € 15.410.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a € 0.

L’indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 212,00% sulla base dei requisiti di capitale previsti dalla normativa europea Solvency.

I dati di cui sopra sono relativi all’ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e Garanzie offerte

Il contratto di assicurazione ha una durata fissa pari a 5 (cinque) o a 10 (dieci) anni.

“Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative”:

- a) prestazione in caso di Decesso derivante da qualsiasi causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell’Assicurato;
- b) prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente dell’Assicurato superiore al 66,66% (due terzi) come da Tabella INAIL (1124/65), derivante da Infortunio o da Malattia, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell’Assicurato;

Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 1 e 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni assicurative sopra indicate prevedono le seguenti limitazioni:

- L’età dell’Assicurato, alla data di decorrenza delle Coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 (diciotto) anni e comunque non superiore a 60 (sessanta) anni;
- Le prestazioni cessano di esistere: per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni; per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età.

AVVERTENZA - La prestazione in caso di Decesso prevede le seguenti limitazioni ed esclusioni:

- Limitazioni: La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 180 (centottanta) giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio.
- Esclusioni: oltre alle Esclusioni di cui all’art. 7 delle Condizioni Generali di assicurazione sono esclusi dall’oggetto della presente Copertura i casi di Decesso causato da suicidio (se avvenuto nei 24 mesi successivi alla data di adesione) anche in conseguenza ad atti di autolesionismo.

AVVERTENZA - La prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia prevede le seguenti limitazioni ed esclusioni:

- **Limitazioni:** La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 180 (centottanta) giorni per il caso di Invalidità non conseguente a Infortunio.
- **Esclusioni:** oltre alle Esclusioni di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione e alle sezioni A) e B) delle Condizioni Particolari di Assicurazione. *Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le AVVERTENZE contenute nel Modulo di Adesione.*

4. Premi

Il Premio è unico e corrisposto in via anticipata all'atto della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione ed è determinato in misura fissa in base alla durata della copertura, comprensivo dell'imposta di Assicurazione.

Si rinvia per la disciplina specifica all'art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il premio è versato tramite bonifico bancario.

C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE

5. Regime fiscale

E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.

E' opportuno comunque verificare la normativa vigente al momento della Dichiarazione dei Redditi.

5.1. Imposta sui Premi

I Premi relativi alle Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente non sono soggetti ad Imposta.

5.2. Imposta sulle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente sono esenti da IRPEF.

5.3. Detrazione fiscale dei Premi

Il Premio relativo alla presente Polizza dà diritto, come da disposizioni in vigore alla data di redazione delle presenti Condizioni di Polizza, ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, dichiarato dall'Assicurato. Trattandosi di Polizza a Premio Unico, la detrazione potrà essere effettuata, nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa, esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi l'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.

La detrazione spetta per un importo pari al 19 (diciannove)% del Premio corrisposto per le coperture Vita, con un tetto massimo pari a € 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19 (diciannove)% applicata all'importo massimo di € 1.291,14). La Società invia all'Assicurato la documentazione che attesta l'importo del Premio versato e della sua quota detraibile.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si intende concluso, previa sottoscrizione da parte dell'Assicurato della Dichiarazione di Buono Stato di Salute e della corresponsione del Premio Unico previsto, alle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. La conclusione del Contratto è comunque subordinata all'accettazione, da parte della Società, della Proposta di Assicurazione.

7. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Società ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.

In tal caso la Società rimborserà all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

8. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

AVVERTENZA: In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono contattare il numero verde 800.699.925 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le coperture Danni, Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, ovvero inviando una e-mail all'indirizzo sinistri@assurant.com, o un fax al numero 02 39304113.

Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la documentazione indicata nel fac-simile del Modulo allegato alla documentazione contrattuale, e specificata nelle Condizioni Particolari di Polizza.

L'Impresa provvederà alla liquidazione delle prestazioni entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del processo di gestione del sinistro e approvazione/quantificazione della prestazione.

Avvertenza: ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 (dieci) anni.

In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, l'Assicuratore provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

9. Legge applicabile al contratto

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

10. Lingua in cui è redatto il contratto

Il Contratto ed ogni altro documento costituente parte integrante del rapporto assicurativo sono redatti in lingua italiana.

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la Gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant Life Limited, Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, - tel. 0230462450 - fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com, specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'IVASS un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

12. Informativa in corso di Contratto

La Società comunicherà tempestivamente alla Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

Le eventuali modifiche alla presente Polizza e a ciascuna delle Coperture, per essere opponibili devono essere approvate per iscritto e avranno effetto solo per le Coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche stesse.

13. Conflitto di interessi

Nell'attività di offerta e sottoscrizione della Polizza descritta nella presente Nota Informativa, la Società si impegna a non effettuare operazioni, sia nell'offerta che nella gestione dei contratti, in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto di interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del gruppo.

Nonostante l'attuale assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione della presente Nota Informativa, Assurant Life Limited si impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi degli Assicurati e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

14. Gestione dei rapporti assicurativi via web

In conformità a quanto disposto dal Provvedimento N. 7 del 16 Luglio 2013, attuativo dell'art. 22, comma 8, del Decreto Legge del 18 Ottobre 2012, N. 179 convertito con Legge del 17 Dicembre 2012, N. 221 - Modifiche al Regolamento IVASS N. 35 del 26 Maggio 2010, l'Assicurato potrà, in ogni momento, prendere visione della propria Posizione Assicurativa accedendo all'apposita Area Riservata dal sito internet: <http://www.assurantsolutions.com/italia/>

Le relative Credenziali di Accesso, andranno richieste nella sezione Servizi Online seguendo le istruzioni ivi riportate.

Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

*Il Rappresentante Generale per l'Italia
(Marco P.B. Prada)*



Nota Informativa
Polizza di Assicurazione Danni collegata alla Polizza di Assicurazione Vita
a Premio Unico

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

“Il Contraente e l’Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza “.

A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Assurant General Insurance Limited, Compagnia di Assicurazione Danni con sede legale nel Regno Unito (6-12 Victoria Street, Windsor, SL4 1EN), è autorizzata a commercializzare i propri prodotti sia in libera prestazione di servizi sia in libertà di stabilimento, attraverso la sua Rappresentanza Generale in Italia (di seguito “Società”), sita in Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, tel.: 800.699.925 - sito internet: www.assurant.it, e-mail: prodotti@assurant.com.

L’Impresa e la sua Rappresentanza Generale sono sottoposte alla vigilanza della Financial Conduct Authority (FCA) e della Prudential Regulation Authority (PRA), organi di vigilanza del Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa

A livello europeo:

Il Patrimonio Netto dell’Impresa è pari a € 19.135.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa al Capitale Sociale è pari a € 38.901.000.

La parte del Patrimonio Netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a € 12.795.000.

L’indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 120,00% sulla base dei requisiti di capitale previsti dalla normativa europea Solvency.

I dati di cui sopra sono relativi all’ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata fissa pari a 5 (cinque) o a 10 (dieci) anni.

Non è previsto il tacito rinnovo.

Si rinvia per maggior dettaglio all’art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni

“Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative”:

- a) prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia;
- b) prestazioni in caso di Perdita d’Impiego Involontaria;
- c) prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero.

Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 1, 2 e 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA - Per tutte le prestazioni assicurative si applicano le seguenti limitazioni:

- L’età dell’Assicurato, alla data di decorrenza delle Coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 (diciotto) anni e comunque non superiore a 60 (sessanta) anni;
- Le prestazioni cessano di esistere: per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni; per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia prevedono le seguenti limitazioni, esclusioni e periodi di carenza:

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (periodo di Franchigia Assoluta).

Nessun Indennizzo è dovuto dall'Impresa per il caso di Inabilità Temporanea Totale se al momento del Sinistro l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore.

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione C) delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione C) delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Perdita d'Impiego Involontaria prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:

I Sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 90 (novanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione. La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni consecutivi di Disoccupazione (periodo di Franchigia Assoluta).

Oltre alle esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione, sono previste esclusioni particolari, per le quali si rinvia all'art. IV della sezione D) delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

AVVERTENZA - Le prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero prevedono le seguenti limitazioni ed esclusioni:

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 7 (sette) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (periodo di Franchigia Assoluta).

Oltre alle esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione E) delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

AVVERTENZA - Periodo di carenza contrattuale: per i Sinistri conseguenti ad Infortunio e Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga, oppure insorga entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Si rinvia per maggior dettaglio alla sezione E) delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per le conseguenze derivanti da dichiarazioni false o reticenti si rinvia all'art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA: Prima di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata nel Modulo di Adesione è necessario verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

In deroga a quanto previsto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, rispettivamente regolanti la diminuzione e l'aggravamento del rischio, la Compagnia in caso di variazione della professione dell'Assicurato in corso di copertura, prevede l'applicazione della copertura corrispondente alla condizione occupazionale dell'Assicurato al momento del Sinistro.

Per la disciplina delle conseguenze si rinvia all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Esemplificazione: qualora l'Assicurato in corso di copertura passi da un contratto di lavoro dipendente del Settore Pubblico ad un contratto di lavoro dipendente di Ente Privato e tale sia la condizione occupazionale

al momento del Sinistro, la prestazione di riferimento si modifica da Inabilità Temporanea Totale a Perdita di Impiego Involontaria.

6. Premi

Si rinvia per la disciplina specifica all'art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il Premio è indipendente dalla professione dell'Assicurato ed è determinato in misura fissa in base alla durata della Copertura.

Il Premio è unico e corrisposto in via anticipata all'atto della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

Il premio è versato tramite bonifico bancario.

7. Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione all'Impresa ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.

In tal caso l'Impresa rimborserà all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e l'Impresa da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Si rinvia per maggior dettaglio all'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il solo Assicurato, qualora il contratto abbia una durata superiore ai 12 (dodici) mesi, ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità. I termini e le modalità di esercizio di tale diritto sono disciplinate all'Articolo. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, cui si rinvia.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 (dieci) anni.

9. Legge applicabile al contratto

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

10. Regime fiscale

E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.

E' opportuno comunque verificare la normativa vigente al momento della Dichiarazione dei Redditi.

10.1. Imposta sui Premi

I Premi relativi alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero sono soggetti all'imposta del 2,50 (duevirgolacinquanta)%.

10.2. Imposta sulle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di Inabilità Temporanea Totale, anche se erogata sotto forma di rendita, sono esenti da IRPEF. Le somme corrisposte, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono contattare il numero verde 800.699.925 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di Assurant General Insurance Limited Rappresentanza

Generale per l'Italia per le coperture Danni, Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, ovvero inviando una e-mail all'indirizzo sinistri@assurant.com, o un fax al numero 02 39304113.

Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare all'Impresa la documentazione indicata nel fac-simile del Modulo allegato alla documentazione contrattuale, e specificata nelle Condizioni Particolari di Assicurazione.

L'Impresa provvederà alla liquidazione delle prestazioni entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del processo di gestione del sinistro e approvazione/quantificazione della prestazione.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la Gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant General Insurance Limited, Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, - tel. 0230462450 - fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com, specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'IVASS un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

13. Arbitrato

In caso di controversia qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

14. Gestione dei rapporti assicurativi via web

In conformità a quanto disposto dal Provvedimento N. 7 del 16 Luglio 2013, attuativo dell'art. 22, comma 8, del Decreto Legge del 18 Ottobre 2012, N. 179 convertito con Legge del 17 Dicembre 2012, N. 221 - Modifiche al Regolamento IVASS N. 35 del 26 Maggio 2010, l'Assicurato potrà, in ogni momento, prendere visione della propria Posizione Assicurativa accedendo all'apposita Area Riservata dal sito internet: <http://www.assurantsolutions.com/italia/>

Le relative Credenziali di Accesso, andranno richieste nella sezione Servizi Online seguendo le istruzioni ivi riportate.

Assurant General Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

*Il Rappresentante Generale per l'Italia
(Marco P.B. Prada)*



GLOSSARIO

Appendice

Documento che forma parte integrante del Contratto di Assicurazione, emesso contestualmente o successivamente allo stesso per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e la Contraente.

Assicurato

Persona fisica, che presenta i requisiti di assicurabilità previsti nelle Condizioni Generali di Polizza, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione e che ha pagato il Premio.

Assicuratore

Vedi "Società".

Assicurazione

La Copertura assicurativa concessa all'Assicurato dalla Società in base alle Condizioni di Polizza.

Beneficiario

Soggetto che ha diritto alla Prestazione.

Capitale Assicurato

Importo rispetto al quale la Società garantisce l'Indennizzo nel caso in cui si verifichi un Sinistro, esso corrisponde, all'atto di sottoscrizione della Polizza, ad un importo predeterminato, come definito nelle Condizioni Particolari di Polizza.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di Conclusione del Contratto durante il quale la Copertura non ha efficacia. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo l'Assicurato non avrà diritto alcuno alla Liquidazione e la Società non corrisponderà l'Indennizzo.

Cessazione dell'Assicurazione (vedi anche "Scadenza")

Le ore 24.00 del giorno in cui si è verificato il primo degli eventi previsti nell'art. 3 delle Condizioni Generali - "Decorrenza e Cessazione dell'Assicurazione".

Conclusione del Contratto

Momento in cui la Contraente riceve il Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato e il pagamento del Premio.

Condizioni Contrattuali o di Polizza

L'insieme delle Condizioni Generali di Polizza e Condizioni Particolari di Polizza.

Condizioni Generali

Clausole di base previste dal Contratto di Assicurazione, che ne regolano gli aspetti generali.

Condizioni Particolari

Insieme di clausole contrattuali con le quali le clausole di base previste dalle Condizioni Generali sono ampliate, ridotte o modificate con specifico riferimento a una determinata Copertura assicurativa.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può essere in conflitto con quello della Contraente o dell'Assicurato.

Contraente/Creacasa

L'ente giuridico che stipula la Polizza Collettiva in nome e per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a garantire l'insieme delle Coperture assicurative sottoscritte. Esso è composto dalle Condizioni Generali, dalle Condizioni Particolari, dai suoi Allegati ed eventuali Appendici.

Convenzione

Vedi "Polizza Collettiva".

Copertura

La Copertura assicurativa concessa all'Assicurato dalla Società in forza della quale la stessa è obbligata - alle condizioni previste dalla legge e dal Contratto di Assicurazione - al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Creacasa

Creacasa S.r.l., intermediario assicurativo iscritto nel RUI alla lettera A) e finanziario, specializzato nell'erogazione di Finanziamenti.

Decesso (Vedi "Morte")

La Morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche Esclusioni di Polizza.

Decorrenza della Polizza

Le ore 24.00 del giorno in cui è avvenuta la Conclusione del Contratto di Assicurazione.

Disoccupazione

Ai fini della Copertura "Perdita d'Impiego Involontaria", si trova in stato di Disoccupazione l'Assicurato che al momento del Sinistro:

- abbia cessato per motivi indipendenti dalla sua volontà la sua normale attività lavorativa e non svolga qualsiasi altra occupazione, di durata uguale o superiore alle 16 (sedici) ore settimanali, la quale generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici in Italia con lo status di Disoccupato, o nelle liste di Mobilità regionali;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale le Coperture assicurative sono operanti e il Contratto di Assicurazione ha piena validità.

Ente Privato

Ogni soggetto giuridico diverso dall'Ente Pubblico e che non sia comunque riconducibile alla nozione di Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico

Ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione: ovvero ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine 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 e associazioni, le istituzioni universitarie, gli istituti autonomi case popolari, le camere di 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.

Esclusioni

Rischi esclusi dalla Copertura assicurativa in base alle Condizioni di Polizza.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la Copertura assicurativa è operante.

Età

Per Età dell'Assicurato si intende l'età anagrafica.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato, composto di:

- Note Informative Vita e Danni;
- Condizioni Generali e Particolari di Polizza;
- Glossario.

Franchigia Assoluta

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro in relazione al quale, pur in presenza di un evento indennizzabile in base alle Condizioni di Polizza, la Copertura non opera e quindi non viene riconosciuto nessun Indennizzo.

Franchigia Relativa

Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro in relazione al quale, in assenza del perdurare del Sinistro, lo stesso non è indennizzabile.

Impresa di Assicurazione

Vedi "Società".

Inabilità Temporanea Totale

Perdita totale e temporanea, medicalmente accertata secondo le Condizioni di Polizza, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in base alle Coperture assicurative, 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 all'Infortunio: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalità Totale Permanente.

La perdita definitiva e irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro fonte di reddito o guadagno, indipendentemente dalla normale attività svolta. Il grado percentuale di Invalità Totale Permanente dell'Assicurato deve essere superiore al 66,66% (due terzi). La valutazione dell'invalità permanente sarà effettuata non prima che siano decorsi 6 (sei) mesi dalla data della denuncia del Sinistro e comunque non oltre i 12 (dodici) mesi da tale data.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Istituto di Cura

L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati. Non si considerano Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Atipico

Si intendono quei lavoratori inquadrati in forme diverse dal tipico contratto di lavoro a tempo indeterminato. Rientrano per esempio nella categoria dei lavoratori atipici quei lavoratori con contratto di lavoro a progetto o a tempo determinato. Sono altresì considerati lavoratori atipici coloro che godono di redditi a fini di studio o di addestramento.

Lavoratore Autonomo

La persona fisica che ha presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa l'anno precedente dalla quale risulta esclusa la percezione di reddito da lavoro dipendente (v. definizione di Lavoratore Dipendente) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti negli articoli 29 (reddito agrario), 49 (reddito di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e che continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra.

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 subordinato a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 (sedici) ore settimanali.

Liquidazione

Pagamento dell'Indennizzo al Beneficiario.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato di adesione alla Polizza Collettiva, che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Morte (Vedi "Decesso")

Il Decesso dell'Assicurato, avvenuto per qualsiasi causa.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente (es. casalinghe, studenti ecc.).

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS da consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione e che contiene informazioni relative alla Società e al Contratto di Assicurazione.

Parti

Contraente, Assicurato, Beneficiario, Assicuratore.

Pensionato

Percettore di trattamento pensionistico, sprovvisto di fonti di reddito da lavoro autonomo o dipendente.

Perdita d'Impiego Involontaria

Copertura assicurativa dell'evento Disoccupazione.

Periodo di Copertura (o di efficacia)

Periodo compreso tra la data di Conclusione del Contratto e la data di cessazione, durante il quale il Contratto di Assicurazione è efficace e le Coperture sono operanti.

Periodo di Riqualficazione

Intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di Assicurazione e regola i rapporti fra le Parti.

Polizza Collettiva

Contratto di Assicurazione stipulato dalla Contraente in nome e per conto di un gruppo di Assicurati.

Premio

La somma di denaro dovuta dall'Assicurato per la Copertura prestata dalla Società.

Premio Unico

Premio che l'Assicurato corrisponde anticipatamente in unica soluzione al momento della Conclusione del Contratto per il periodo di copertura assicurativa.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 (dieci) anni.

Prestazione assicurata

Vedi "Indennizzo".

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del Premio.

Recesso (o ripensamento)

Diritto dell'Assicurato di recedere dal Contratto di Assicurazione.

Ricovero Ospedaliero

Degenza che comporti almeno un pernottamento in un Istituto di Cura tra quelli definiti nelle Condizioni Contrattuali, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in ambulatorio.

Riscatto

Facoltà della Contraente di interrompere anticipatamente il Contratto. La presente Polizza non è riscattabile.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del Contratto di Assicurazione.

Sinistro

Evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale in Milano, Piazzale Luigi Cadorna 4, fornisce le seguenti coperture:

- Decesso;
- Invalidità Totale Permanente causata da Infortunio o Malattia.

Assurant General Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale in Milano, Piazzale Luigi Cadorna 4, fornisce le seguenti coperture:

- Inabilità Temporanea Totale causata da Infortunio o Malattia;
- Perdita d'Impiego Involontaria;
- Ricovero Ospedaliero.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione e persone assicurabili

- 1.1 Con il presente Contratto di Assicurazione la Società si obbliga, alle Condizioni di Polizza, a corrispondere un Indennizzo al verificarsi del Sinistro.
- 1.2 Le Coperture, e quindi i Sinistri, oggetto dell'Assicurazione, sono:
- Decesso (Copertura attiva per tutti gli Assicurati);
 - Invalidità Totale Permanente causata da Infortunio o Malattia (Copertura attiva per tutti gli Assicurati);
 - Inabilità Temporanea Totale causata da Infortunio o Malattia (Copertura attiva per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e per i Lavoratori Atipici);
 - Perdita d'Impiego Involontaria (Copertura attiva per i Lavoratori Dipendenti con contratto a tempo indeterminato di Ente Privato, che abbiano superato il periodo di prova);
 - Ricovero Ospedaliero (Copertura attiva per i Non Lavoratori e i Pensionati).
- 1.3 La somma assicurata per ogni copertura è pari ad un importo fisso, come dettagliato nelle Condizioni Particolari di polizza.
- 1.4 L'Assicurazione è esclusivamente riservata alle persone fisiche, con esclusione delle società di persone e di capitali che alla data di sottoscrizione della Polizza abbiano un'età minima di 18 (diciotto) anni e massima di 45 (quarantacinque) anni, ovvero un'età minima di 46 (quarantasei) anni e massima di 60 (sessanta) anni, secondo il piano assicurativo sottoscritto, e che abbiano aderito all'Assicurazione sottoscrivendo l'apposito "Modulo di Adesione" e pagato il Premio. E' possibile assicurare più intestatari separatamente purché in possesso dei requisiti di assicurabilità. Ogni Assicurato può sottoscrivere un solo Contratto di Assicurazione di cui alla presente polizza.
- 1.5 La determinazione dell'Indennizzo avviene al verificarsi del Sinistro. Le somme assicurate sono, secondo la Copertura, pari ad un ammontare predeterminato e corrisposto in unica soluzione per le Coperture Decesso o Invalidità Totale Permanente, o ad un ammontare predeterminato per singolo periodo mensile e corrisposto per un numero massimo di mensilità durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero.
- 1.6 Le Coperture operano in via alternativa e non sono cumulabili; se l'Assicurato presenta una richiesta di Indennizzo in base ad una delle Coperture e la Società versa il relativo Indennizzo, nessun altro Indennizzo è dovuto per eventuali altre Coperture in relazione al medesimo Sinistro.

Art. 2 - Delimitazione delle Coperture

- 2.1 Qualora l'Assicurato durante il Periodo di Copertura modifica la propria condizione lavorativa, la Copertura che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla presente Polizza sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale dell'Assicurato al momento del Sinistro.
- 2.2 Al verificarsi di un Sinistro indennizzabile nel Periodo di Copertura, la Società riconoscerà un Indennizzo in favore del Beneficiario, nei limiti e con le modalità stabilite nelle Condizioni Particolari:
- a) in caso di Decesso (D), o Invalidità Totale Permanente (ITP) a tutti gli Assicurati;
 - b) in caso di Inabilità Temporanea Totale (ITT) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e Lavoratori Atipici;
 - c) in caso di Perdita d'Impiego Involontaria (PII) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato con contratto a tempo indeterminato, abbiano superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 12 (dodici) mesi complessivi e consecutivi dall'inizio del rapporto lavorativo;
 - d) in caso di Ricovero Ospedaliero (RO) agli Assicurati che al momento del Sinistro siano Non Lavoratori o Pensionati.

Art. 3 - Decorrenza e cessazione del Contratto di Assicurazione

- 3.1 Per ciascun Assicurato il Contratto di Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, sempreché sia stato effettuato il pagamento del Premio. Sono fatte salve le condizioni di assicurabilità di cui alle Condizioni Generali e Particolari di Polizza. La copertura assicurativa ha una durata fissa pari a 5 (cinque) o a 10 (dieci) anni.

- 3.2 Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con sostenimento del costo a suo carico. Ai fini assicurativi la validità degli esami medici è di 6 (sei) mesi dalla data di esecuzione degli stessi.
- 3.3 L'assicurazione scade alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza. Qualora il contratto abbia una durata superiore a 12 (dodici) mesi, trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 (trenta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.
- 3.4 Qualora venga esercitato il recesso di cui al precedente punto 3.3, come previsto dall'art. 1899 del Codice Civile, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di recesso e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dalla Compagnia il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = P_{pu} \times \frac{(N - K)}{N} + (P_{in} + S_{am}) \times \frac{(N - K)}{N}$$

dove:

- R Importo da rimborsare
 P Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte
 PV Premio garanzie Vita
 PD Premio garanzie Danni
 Pim Premio unico anticipato imponibile = PV + (PD / 1,025)
 Ppu Premio unico anticipato puro = Pim - Pin - Sam
 Pin Provvigioni di intermediazione
 Sam Spese amministrative
 N Durata della Polizza espressa in mesi interi
 K Durata del periodo di garanzia goduto, espressa in mesi interi

- 3.4 L'Assicurazione cessa in ogni caso di avere effetto per il raggiungimento dei limiti di Età di cui alle Condizioni Particolari di Polizza.

Art. 4 - Beneficiario

- 4.1 Beneficiario delle Prestazioni derivanti dal Contratto di Assicurazione è l'Assicurato o i suoi eredi o aventi causa.
- 4.2 Con l'adesione all'Assicurazione, l'Assicurato accetta e riconosce il Beneficiario indicato nel Modulo di Adesione e rinuncia alla revoca del Beneficiario designato, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1921 del Codice Civile.

Art. 5 - Pagamento del Premio

- 5.1 Il Premio da corrispondere è a carico dell'Assicurato, ed è determinato in misura fissa in base alla durata della copertura, comprensivo dell'Imposta di Assicurazione.

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Importo di Premio al lordo delle Imposte
18 - 45	5 anni	€ 460,00
	10 anni	€ 780,00
46 - 60	5 anni	€ 880,00
	10 anni	€ 980,00

Non è previsto alcuno sconto di Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

- 5.2 Il Premio è versato tramite bonifico bancario.

Art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

- 6.1 In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono contattare il numero verde 800.699.925 per richiedere il "Modulo di Denuncia Sinistro" (servizio operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00). Tale Modulo deve essere inviato alla Società, entro e non oltre 30 (trenta) giorni, compilato in tutte le sue parti per mezzo di Lettera Raccomandata A/R all'Ufficio Gestione Sinistri di:
- Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le coperture Vita;
 - Assurant General Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le coperture Danni, entrambe aventi sede in Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano.
- ovvero inviando una mail all'indirizzo sinistri@assurant.com, o un fax al numero 02 39304113.
- 6.2 Unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro di cui al comma precedente, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono inviare alla Società la documentazione indicata nel Modulo stesso e nelle Condizioni Particolari di Polizza.
- 6.3 Successivamente al pagamento di un Indennizzo, qualora il Sinistro si protragga per uno o più periodi di 30 (trenta) giorni consecutivi ciascuno, onde dimostrare il diritto alle liquidazioni successive l'Assicurato dovrà inviare alla Società il "Modulo di Continuazione del Sinistro" con le stesse modalità indicate al precedente punto 6.1 entro e non oltre 15 (quindici) giorni dal termine del periodo consecutivo di 30 (trenta) giorni di continuazione del Sinistro stesso. Unitamente a tale Modulo dovrà anche essere allegata la seguente documentazione:
- a) nel caso di Inabilità Temporanea Totale il certificato dell'Ente preposto o della struttura Ospedaliera che dichiara la persistenza della condizione di Inabilità e gli eventuali certificati di ricovero e cartelle cliniche successivi alla prima denuncia di Sinistro;
 - b) nel caso di Ricovero Ospedaliero, qualsiasi certificato che dimostri la continuazione del ricovero in struttura sanitaria o eventuale nuovo ricovero derivante dallo stesso Sinistro, unitamente alla relativa cartella clinica.
- 6.4 La Società potrà in ogni momento richiedere all'Assicurato di fornire la documentazione necessaria ai fini della gestione del Sinistro e della verifica del perdurare delle condizioni che danno diritto alle prestazioni derivanti dalla presente Polizza.
- 6.5 Ai fini di una corretta e completa valutazione dell'esistenza delle condizioni che originano il diritto all'Indennizzo, l'Assicurato dovrà autorizzare i propri Medici curanti a fornire tutte le informazioni che la Società riterrà necessarie, nonché consentire alla Società stessa tutte le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società. In caso contrario la Società non sarà tenuta alla corresponsione dell'Indennizzo.

Art. 7 - Esclusioni

- 7.1 L'Assicurazione non opera, e nessun Indennizzo è dovuto, ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.
- 7.2 Inoltre nessun Indennizzo è dovuto qualora il Sinistro sia conseguenza di:
- 1) dolo dell'Assicurato, della Contraente o del Beneficiario;
 - 2) malattie, invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato preesistenti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
 - 3) malattie tropicali o epidemiche;
 - 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari, fatti di guerra anche non dichiarata, atti di terrorismo e insurrezioni;
 - 5) contaminazione biologica e/o chimica connessa direttamente o indirettamente ad atti terroristici;
 - 6) infezione da virus HIV, AIDS o sindromi correlate o stati assimilabili;
 - 7) etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci, fatto salvo l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico, e sempre che tale utilizzo non sia ricollegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
 - 8) incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo, con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio, oppure se l'evento è conseguenza di acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica di paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);

- 9) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, paranoia, malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- 10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- 11) rischi atomici, raggi X, radioattività, uso o produzione di esplosivo in generale;
- 12) partecipazione a competizioni o prove di veicoli o natanti a motore, o guida degli stessi senza la prescritta abilitazione come da disposizioni vigenti;
- 13) pratica di sport pericolosi (es.: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arrampicata libera, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, hockey, immersioni subacquee in apnea o con autorespiratore, paracadutismo, sport aerei in genere, arti marziali, competizioni ippiche, calcistiche e ciclistiche);
- 14) esercizio delle seguenti attività lavorative: trapezista, stuntman, collaudo di autoveicoli e motocicli, lavoro nei reparti di malattie infettive;
- 15) svolgimento della normale attività lavorativa da parte dell'Assicurato fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile e autorizzata trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- 16) mancanza dei requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.

Art. 8 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

- 8.1 Le dichiarazioni dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere.
- 8.2 Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato o della Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- 8.3 Ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente fornite dall'Assicurato con dolo o colpa grave, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, comportano l'annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
- 8.4 Ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile, se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 9 - Colpa grave, Tumulti

- 9.1 In deroga all'art. 1900 del Codice Civile, l'Assicurazione si estende ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato, fatte salve le Esclusioni di cui alle Condizioni Generali e Particolari di Polizza.
- 9.2 In deroga all'art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 10 - Oneri fiscali

- 10.1 Le imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, discendenti dal Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
- 10.2 E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato alla Polizza. Il trattamento descritto si applica al momento della conclusione della Polizza.
- 10.3 I Premi relativi alle Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente non sono soggetti ad Imposta. I Premi relativi alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego Involontaria e Ricovero Ospedaliero sono soggetti all'imposta del 2,50 (duevirgolacinquanta)%.
- 10.4 Le somme corrisposte in caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente, ovvero di Inabilità Temporanea Totale, anche se erogata sotto forma di rendita, sono esenti da IRPEF. Le somme corrisposte, invece, in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.
- 10.5 Il Premio relativo alla presente Polizza dà diritto, come da disposizioni in vigore alla data di redazione delle presenti Condizioni di Polizza, ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, dichiarato dall'Assicurato. Trattandosi di Polizza a Premio Unico, la detrazione potrà essere effettuata, nel rispetto dei limiti previsti dalla vigente normativa, esclusivamente in fase di dichiarazione dei redditi relativi all'anno di adesione e corresponsione del Premio. Nessuna ulteriore detrazione potrà essere effettuata negli anni successivi.
- 10.6 La detrazione spetta per un importo pari al 19 (diciannove)% del Premio corrisposto per le coperture Vita, con un tetto massimo pari a € 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19(diciannove)% applicata all'importo massimo di € 1.291,14). La Società invia all'Assicurato la documentazione che attesta l'importo del Premio versato e della sua quota detraibile.

Art. 11 - Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a favore di terzi, i diritti derivanti dall'Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Art. 12 - Legge applicabile - Rinvio alle norme di Legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana, che vale anche a disciplinare tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Art. 13 - Prescrizione

I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 (dieci) anni, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, l'Assicuratore provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 14 - Comunicazioni e Reclami

- 14.1 Eventuali reclami riguardanti la Polizza o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, presso il Servizio di Gestione Reclami: Assurant General Insurance Limited (relativamente alle coperture Danni) e a Assurant Life Limited (relativamente alle coperture Vita), Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano, tel. 0230462450, fax 0239304112, e-mail reclami@assurant.com, specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati.
- 14.2 Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.
- Il reclamante avente domicilio in Italia può presentare all'IVASS un reclamo per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, o in alternativa può rivolgersi direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo il sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

Art. 15 - Recesso dell'Assicurato

- 15.1 L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, dandone comunicazione alla Società ed in copia alla Contraente tramite invio di una Lettera Raccomandata A/R.
- 15.2 In tal caso la Società rimborserà direttamente all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione, l'importo del Premio ricevuto, al netto di ogni imposta applicabile.
- 15.3 L'esercizio del diritto di recesso libera l'Assicurato e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 16 - Controversie di natura medica

- 16.1 Per le coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze o sulla durata del Sinistro, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.
- 16.2 L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando l'oggetto della controversia.
- 16.3 I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo è scelto tra i consulenti Medici Legali, di comune accordo o, in caso contrario, 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.
- 16.4 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.
- 16.5 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.

Art. 17 - Arbitrato e Foro competente

Per qualsiasi controversia tra la Contraente e la Società derivante da o relativa alla presente Assicurazione, ivi comprese quelle relative alla sua interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, le Parti hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria del Foro di residenza dell'Assicurato.

Art. 18 - Altre Assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre Assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 19 - Modalità di liquidazione dei Sinistri

- 19.1 L'Assicuratore liquida l'Indennizzo al Beneficiario in base alle condizioni di Polizza.
- 19.2 L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce prova liberatoria di avvenuto pagamento dell'Indennizzo.

Art. 20 - Limiti territoriali

- 20.1 Ai fini della presente Polizza le coperture per Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia e Ricovero Ospedaliero si estendono ai Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.
- 20.2 Le coperture per Perdita d'Impiego Involontaria si estendono ai Sinistri verificatisi senza limiti territoriali purché nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana e tenuto conto delle specifiche Esclusioni di cui alle Condizioni Particolari di Polizza.

Art. 21 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surroga previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso la Contraente.

Art. 22 - Forma delle comunicazioni

22.1 Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Società o alla Contraente, con riferimento alla presente Polizza e alle Coperture, dovranno essere effettuate per mezzo di Lettera Raccomandata A/R, telegramma o telefax.

22.2 L'Assicurato elegge domicilio all'indirizzo indicato nella Polizza ove dichiara di voler ricevere ogni comunicazione inerente alla presente Polizza.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

A) COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è il Decesso dell'Assicurato derivante da qualsiasi causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per tutti gli Assicurati.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nella corresponsione al Beneficiario al momento del Decesso dell'Assicurato di un ammontare predeterminato, al netto di eventuali Indennizzi già corrisposti per lo stesso Sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza.

La Copertura cessa di esistere al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- a) Decesso dell'Assicurato;
- b) Per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni, e per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età;
- c) Liquidazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente.

III. Carenza

La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 180 (centottanta) giorni per il caso di Decesso non conseguente a Infortunio.

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della presente Copertura i casi di Decesso causato da suicidio (se avvenuto nei 24 mesi successivi alla data di adesione) anche in conseguenza ad atti di autolesionismo.

V. Delimitazioni e Massimali

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Massimale corrisposto
18 - 45	5 anni	€ 3.500,00
	10 anni	
46 - 60	5 anni	€ 3.500,00
	10 anni	€ 2.000,00

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Decesso sono gli eredi o aventi causa dell'Assicurato.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro, gli eredi e/o gli aventi causa devono allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- certificato di morte oppure, se disponibile, il certificato di morte ISTAT;
- questionario medico atto a verificare la causa del Decesso;
- copia della cartella clinica qualora il Decesso sia avvenuto a seguito di ricovero;
- copia del verbale reso dalle Autorità intervenute qualora il Decesso sia avvenuto in seguito ad incidente stradale;
- copia del referto autoptico qualora sia stata eseguita autopsia;
- copia dello stato di famiglia e del documento di identità del denunciante.

B) COPERTURA PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato superiore al 66,66% (due terzi) come da Tabella INAIL (1124/65), derivante da Infortunio o da Malattia, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per tutti gli Assicurati.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nella corresponsione al Beneficiario al momento del Sinistro dell'Assicurato, di un ammontare predeterminato, al netto di eventuali indennizzi già corrisposti per lo stesso Sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza.

La Copertura cessa di esistere al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- Liquidazione del capitale in caso di Invalidità Totale Permanente;
- Per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni, e per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età;
- Liquidazione del Sinistro per Decesso.

III. Carenza

La Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 180 (centottanta) giorni per il caso di Invalidità non conseguente a Infortunio.

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

V. Delimitazioni e Massimali

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Massimale corrisposto
18 - 45	5 anni	€ 3.500,00
	10 anni	
46 - 60	5 anni	€ 3.500,00
	10 anni	€ 2.000,00

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è l'Assicurato o i suoi eredi o aventi causa.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- notifica della condizione di Invalidità emessa da parte degli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) e relativo grado;
- dettagli relativi all'evento che l'ha generata;
- questionario medico atto a verificare la causa del Sinistro.

C) COPERTURA PER IL CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è l'Inabilità Temporanea Totale a svolgere la propria attività lavorativa derivante da Infortunio o Malattia senza limiti territoriali, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva per i Dipendenti del Settore Pubblico, Lavoratori Autonomi e Lavoratori Atipici.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo mensile predeterminato per il periodo di Inabilità con un massimo di 6 (sei) mensilità per ciascun Sinistro. In caso di più Sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 18 (diciotto) Indennizzi mensili per il periodo totale di durata della Copertura.

La Copertura cessa di esistere:

- Per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni;
- Per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età.

III. Limitazione della Prestazione assicurativa per i Lavoratori Atipici

In deroga a quanto sopra, per i Lavoratori Atipici, il numero di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare non potrà in nessun caso essere maggiore della durata residua del contratto di lavoro alla data del Sinistro.

IV. Carenza e Franchigia

I sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 90 (novanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale (periodo di Franchigia Assoluta).

V. Esclusioni

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Inabilità Temporanea Totale se al momento del Sinistro l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore.

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

VI. Delimitazioni e Massimali

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Massimale mensile corrisposto
18 - 45	5 anni	€ 200,00
	10 anni	
46 - 60	5 anni	€ 200,00
	10 anni	€ 100,00

VII. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato.

VIII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo, Lavoratore Atipico o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico al momento del Sinistro (es. dichiarazione IRPEF, copia del

contratto di collaborazione senza vincolo di subordinazione, copia del certificato di attribuzione del numero di Partita IVA);

- questionario medico atto a verificare lo stato di Inabilità;
- eventuale certificato di ricovero e relativa cartella clinica;
- copia del certificato INAIL;
- certificato medico di pronto soccorso;
- successivi certificati INAIL emessi alla scadenza.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

IX. Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo sarà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente non sia trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 180 (centoottanta) giorni qualora il nuovo Sinistro sia dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Nessun indennizzo sarà comunque corrisposto ove siano già state versate le mensilità previste per il periodo contrattuale.

X. Controversie

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Temporanea Totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I Medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo è scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, 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 designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo Medico.

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.

D) ASSICURAZIONE PER IL CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego Involontaria dovuta a giustificato motivo oggettivo, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza. La Copertura è attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato con contratto a tempo indeterminato del settore privato e che abbiano superato il periodo di prova.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo predeterminato per il periodo di Disoccupazione, corrispondente ad un totale massimo di 6 (sei) mensilità per Sinistro. In caso di più Sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 18 (diciotto) Indennizzi mensili per il periodo totale di durata della Copertura.

La Copertura cessa di esistere:

- Per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni;
- Per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età.

III. Carenza e Franchigia

I Sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 90 (novanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La liquidazione del Sinistro accertato sarà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni consecutivi di Disoccupazione (periodo di Franchigia Assoluta).

IV. Esclusioni

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Perdita d'Impiego qualora:

1. vi sia dolo della Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. l'Assicurato non abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 (dodici) mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
3. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato sia a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli siano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
4. la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, motivi disciplinari o professionali;
5. vi sia contiguità tra l'evento di Perdita d'Impiego ed il pensionamento o pre-pensionamento;
6. l'Assicurato abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
7. la Disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura del rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita sia la conseguenza della scadenza di un termine, quali ad esempio contratto di formazione e lavoro, apprendistato, inserimento, somministrazione lavoro, lavoro intermittente, lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale, o delle interruzioni di un rapporto di lavoro a progetto (ex Co.co.co);
8. al momento del Sinistro l'Assicurato stia svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
9. al momento del Sinistro l'Assicurato abbia un contratto non regolato dalla legge italiana;
10. l'Assicurato non sia iscritto negli Elenchi Anagrafici con lo status di Disoccupato, salvo che ciò sia in contrasto con il caso di messa in Mobilità;
11. l'Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
12. la Disoccupazione sia conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono Esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale.
13. l'Assicurato al momento dell'evento sia in periodo di prova;

14. l'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 1 delle Condizioni Generali di Polizza;
15. la risoluzione del rapporto di lavoro sia avvenuta in seguito a processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
16. il licenziamento avvenga tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

V. Delimitazioni e Massimali

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Massimale mensile corrisposto
18 - 45	5 anni	€ 200,00
	10 anni	
46 - 60	5 anni	€ 200,00
	10 anni	€ 100,00

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Perdita d'Impiego Involontaria è l'Assicurato.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia del contratto di lavoro cessato ed alla cui cessazione abbia fatto seguito lo stato di Disoccupazione;
- copia della lettera di Licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli Elenchi Anagrafici con lo status di Disoccupato in Italia o l'inserimento nelle Liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle Indennità di Disoccupazione o di Mobilità;
- autocertificazione attestante la non percezione di reddito dovuto a trattamento pensionistico successivamente alla Perdita d'Impiego Involontaria.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego, che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa. Qualora l'Assicurato non adempia tale obbligo non maturerà alcun diritto all'Indennizzo.

VIII. Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione, nessun Indennizzo sarà corrisposto per successivi Sinistri per Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 (centottanta) giorni consecutivi nel quale l'Assicurato sia tornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 18 (diciotto) indennizzi mensili.

E) ASSICURAZIONE PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

I. Rischio Assicurato

Il rischio assicurato è il Ricovero in strutture ospedaliere a seguito di Infortunio o Malattia senza limiti territoriali, salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza.

La Copertura è attiva per i Pensionati e i Non Lavoratori.

II. Prestazione Assicurativa

La Prestazione consiste nel corrispondere al Beneficiario un Indennizzo mensile predeterminato nell'ammontare per il periodo di ospedalizzazione con un massimo di 6 (sei) mensilità per ciascun Sinistro. In caso di più Sinistri l'Assicuratore non corrisponderà comunque più di 18 (diciotto) Indennizzi mensili per il periodo totale di durata della Copertura.

L'Indennizzo è corrisposto qualora, trascorso il periodo di Franchigia Assoluta di cui all'articolo successivo, l'Assicurato risulti essere ancora ricoverato, ed è determinato con calcolo "pro-rata temporis" sulla base dei giorni effettivi di ricovero eccedenti il periodo di Franchigia Assoluta.

La Copertura cessa di esistere:

- Per la fascia di età in ingresso 18-45 anni al raggiungimento del 50esimo anno di età per le coperture con durata di 5 (cinque) anni o del 55esimo anno di età per le coperture con durata di 10 (dieci) anni;
- Per la fascia di età in ingresso 46-60 anni al raggiungimento del 65esimo anno di età.

III. Carenza e Franchigia

I Sinistri accertati sono indennizzabili se verificatisi non prima di 90 (novanta) giorni (periodo di Carenza) dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La liquidazione di ciascun Sinistro accertato sarà corrisposta non prima che siano trascorsi 7 (sette) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (Franchigia Assoluta) e qualora dopo tale periodo l'Assicurato risulti essere ancora in stato di Ricovero.

IV. Esclusioni

Oltre alle Esclusioni di cui alle Condizioni Generali di Polizza, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Ricovero Ospedaliero causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato, anche qualora questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere.

V. Delimitazioni e Massimali

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Massimale mensile corrisposto
18 - 45	5 anni	€ 200,00
	10 anni	
46 - 60	5 anni	€ 200,00
	10 anni	€ 100,00

VI. Beneficiari

Si conviene che il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero è l'Assicurato.

VII. Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Denuncia Sinistro, di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali di Polizza, almeno la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della documentazione che attesti il passaggio alla condizione di Non Lavoratore o Pensionato avvenuto anteriormente al Sinistro;
- certificato di ricovero in struttura sanitaria e copia della relativa cartella clinica;
- in caso di Ricovero Ospedaliero prolungato l'Assicurato è tenuto ad inviare con cadenza mensile certificati medici comprovanti il protrarsi della condizione di Ricovero. Il mancato invio dei certificati di cui sopra costituisce cessazione del pagamento dell'Indennizzo;
- questionario medico attestante le cause del ricovero.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa. Qualora l'Assicurato non adempia tale obbligo non maturerà alcun diritto all'Indennizzo.

VIII. Denunce successive

Saranno corrisposti Indennizzi per eventuali successivi Sinistri di altra natura se, dal termine del Sinistro precedente è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 (trenta) giorni, oppure di 180 (centottanta) giorni qualora il nuovo Sinistro sia conseguenza dello stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Nessun indennizzo sarà comunque corrisposto ove siano già state versate le mensilità previste per il periodo contrattuale.

IX. Controversie

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze del Sinistro oppure sulla durata dell'Indennizzo, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre Medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I Medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo è scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, 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 designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo Medico.

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.

Allegato 1

Nota Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi dell'art 13 D.Lgs 196/2003 (e successive modifiche) entrato in vigore il 01 gennaio 2004, la nostra Società intende informarLa sull'utilizzo dei dati personali anche sensibili¹ da Lei forniti e sui Diritti².

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative:

Al fine di fornirLe i servizi ed i prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, la nostra Società necessita di disporre dei dati personali che La riguardano - raccolti presso di Lei o presso altri soggetti³ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁴, trattandoli secondo le finalità assicurative⁵ e nelle attività e modalità operative dell'assicurazione.

Suddetto trattamento è ammesso nei limiti strettamente necessari alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi richiesti, conformemente alle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Il consenso richiesto riguarda oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della cosiddetta "catena assicurativa"⁶.

Si precisa che senza la fornitura dei dati, La nostra Società non è in grado di fornirLe in tutto o in parte i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti.

Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali:

La informiamo che, in conformità al Decreto di cui all'oggetto, Lei può decidere liberamente di fornire o meno il consenso alla Società e ad altri determinati soggetti⁷ per l'utilizzazione dei dati finalizzata ad attività quali: informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione del cliente, indagini statistiche.

Il consenso di cui alla presente sezione è del tutto facoltativo e l'eventuale rifiuto non produce alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Diritti dell'interessato:

Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati presso di noi o altra società indicata nelle sezioni precedenti, e come sono utilizzati. Ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare e di chiederne il blocco, e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, può rivolgersi ad Assurant Life Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le coperture Vita e Assurant General Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le coperture Danni, Piazzale Luigi Cadorna 4, 20123 Milano.

¹ Ai sensi dell'art 4 del D. Lgs. 196/2003 si considerano "sensibili" tra gli altri i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, le opinioni politiche, sindacali e religiose.

² Diritti previsti e disciplinati dagli artt. 7 - 10 del codice "Diritti dell'interessato". La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi di materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

³ Ad esempio altri soggetti inerenti il rapporto assicurativo (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulta assicurato, beneficiario; coobbligati); altri operatori assicurativi (agenti, broker, imprese di assicurazione); soggetti che forniscono informazioni commerciali per soddisfare le Sue richieste (copertura assicurativa, liquidazione sinistro); organismi associativi e consortili del settore assicurativo (es. ANIA, IVASS, UIC, CONSOB etc).

⁴ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁵ Per finalità assicurative si intende: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta premi; liquidazione sinistri e pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative ad azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di obblighi specifici di legge o contrattuali; analisi del mercato assicurativo; gestione e controllo interno: attività statistiche.

⁶ Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, associazioni/enti/società terze con le quali la società abbia concluso accordi o convenzioni, agenti, sub agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, società del Gruppo, società fiduciarie per la gestione e liquidazione dei sinistri, legali, periti, società di servizi per la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri e per le attività di call-center e back office; società di revisione e consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari, ANIA, organismi associativi e consortili, IVASS e altri enti pubblici propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità Pubbliche.

⁷ I dati possono essere comunicati a Società del Gruppo (controllanti controllate e collegate); società specializzate nell'informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi, e soddisfazione dei clienti, assicuratori, coassicuratori, agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione, banche, società di gestione del risparmio, sim.

	Assurant General Insurance Limited P.Iva - C.F.05371130963 Registro Imprese di Milano - REA 1817004	Assurant Life Limited P.Iva - C.F.05396660960 Registro Imprese di Milano - REA 1819353
	Sede secondaria: Piazzale Luigi Cadorna, 4 - 20123 Milano Tel +39 02 30462400 - Fax +39 02 30309225 - www.assurantsolutions.it	

**Richiesta di adesione individuale alla Polizza Collettiva di Assicurazione Lifestyle LS11CRC02
MODULO DI ADESIONE**

Dati Assicurato/ Beneficiario

Importo di premio assicurativo EURO _____ Durata copertura: 5 (cinque) anni 10 (dieci) anni
Cognome: _____ Nome: _____
Codice fiscale _____ Età (anni) _____
Luogo di nascita _____ il _____
Indirizzo: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov.: _____
Indirizzo corrispondenza (se diverso dal precedente): _____

Sesso: _____ Doc. tipo: _____ Numero: _____
Professione: Lav. Dipendente Lav. Autonomo Dip. Pubblico Non Lavoratore Pensionato Atipico
Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Preso atto che Creacasa S.r.l. ha stipulato una polizza collettiva di assicurazione con le Rappresentanze Generali per l'Italia di Assurant General Insurance Limited e Assurant Life Limited, alla quale possono aderire i soli clienti persone fisiche, e che la suddetta Polizza di Assicurazione a Premio Unico include le presenti garanzie: A) Decesso; B) Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia; C) Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia; D) Perdita d'Impiego Involontaria; E) Ricovero Ospedaliero

DICHIARA

a) di voler aderire alla Polizza di cui sopra tramite versamento mediante bonifico bancario di un Premio unico anticipato determinato in misura fissa in base alla fascia di età e alla durata della copertura:

Fascia di età all'ingresso	Durata della copertura	Importo di Premio al lordo delle Imposte
18 - 45	5 anni	€ 460,00
	10 anni	€ 780,00
46 - 60	5 anni	€ 880,00
	10 anni	€ 980,00

b) di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo (comprensivo di Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione) e dell'Informativa sulla Tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei dati personali sensibili artt. 23, 26 e 37);

c) AVVERTENZA: che le informazioni e le risposte fornite, ad ogni effetto di legge ed ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza, assumendosene la responsabilità anche qualora tali informazioni siano fornite da altri;

d) AVVERTENZA: Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con sostenimento del costo a suo carico;

e) dichiara inoltre di approvare espressamente, dopo averne preso attenta visione, le seguenti norme relative alle condizioni di assicurazione ai sensi degli art. 1341 e 1342 del Codice Civile nonché ai sensi della normativa in materia di diritto dei consumatori:

- Nelle Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 11, Art. 12, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art.19 e Art. 21;
- Nelle Condizioni Particolari di Assicurazione: A. Decesso: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; B. Invalidità Totale Permanente: Art. II, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII; C. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX, Art. X; D. Perdita d'impiego involontaria: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII; E. Ricovero Ospedaliero: Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI, Art. VII, Art. VIII, Art. IX.

f) L'Aderente dichiara inoltre di aver ricevuto e letto i documenti "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" modello 7A, e "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche" modello 7B, ai sensi del Regolamento ISVAP 5/2006, ART. 49 c.2.

Luogo _____ data _____ Firma del Dichiarante _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili

Il sottoscritto, in riferimento all'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita da Assurant General Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia e Assurant Life Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia (di cui alle Condizioni di Assicurazione consegnatemi unitamente al presente Modulo), prende atto che il mancato consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili, necessari alle Società per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.

presto il consenso nego il consenso

Luogo _____ data _____ Firma del Dichiarante _____