



POLIZZA VITA RISK^{PLUS} AGRAM LIFE

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE CON GARANZIA COMPLEMENTARE CASO MORTE DA INFORTUNIO E GARANZIA CANCRO & SECONDO PARERE MEDICO

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- IL DIP VITA
- IL DIP AGGIUNTIVO VITA
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AG-RRIT23
- FACSIMILE DELLA PROPOSTA/CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È STATO REDATTO IL 10.04.2025.

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”



AGRAM LIFE
ASSICURAZIONI

Assicurazione temporanea caso morte

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

Compagnia:

AGRAM LIFE osiguranje d.d.
AGRAM LIFE insurance Jsc
AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG
AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A.

Prodotto:

RISK ^{PLUS} - tariffe AG-RRIT 23

Ultima edizione disponibile pubblicata: 10/04/2025



AGRAMLIFE
ASSICURAZIONI

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione temporanea sulla vita dell'assicurato in caso di morte per qualsiasi causa con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo e sulla base dell'attività professionale.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede la seguente Prestazione:

Garanzia principale:

Prestazione in caso di morte:

- ✓ In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale la Compagnia paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato indicato in Polizza
- ✓ L'importo minimo di capitale assicurabile per l'assicurazione in caso di decesso è di € 10.000,00 e non può superare € 400.000,00.

Garanzie complementari facoltative:

La Garanzia principale può essere integrata mediante le seguenti Garanzie complementari:

Garanzia Morte da Infortunio:

- ✓ In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del contratto, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari designati una Prestazione aggiuntiva di ammontare pari al 100% della Prestazione Assicurata relativa alla Garanzia Principale Decesso per qualsiasi causa, con un massimo di € 600.000,00 di capitale assicurabile

Garanzia cancro & secondo parere medico (Cancro & SPM):

- ✓ Prestazione in caso di diagnosi di cancro: AGRAM LIFE si impegna a corrispondere all'Assicurato una prestazione assicurativa pari al 10% del capitale assicurato in caso di diagnosi di forme lievi di cancro oppure di una prestazione assicurativa pari all'intero capitale assicurato previsto per tale copertura in caso di forme gravi
- ✓ Il secondo parere medico consiste nel parere medico di un team multidisciplinare di medici di specialità appropriate ingaggiati da uno dei principali centri medici del mondo sulla base di una revisione della cartella clinica dell'assicurato, in conformità a quanto previsto dalle presenti condizioni.



Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le seguenti prestazioni:

- ✗ in caso di vita dell'Assicurato
- ✗ in caso di invalidità dell'Assicurato
- ✗ in caso di perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

È previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura della Garanzia principale non è piena, qualora l'Assicurato, con l'assenso della Compagnia, si sia limitato a compilare un questionario sanitario senza sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. La garanzia per il decesso dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate è soggetta ad un periodo di carenza più lungo. Durante il periodo di carenza, in caso di morte dell'Assicurato non direttamente conseguente alle cause indicate delle Condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per i dettagli, il contratto si risolve e la Compagnia rimborsa al Contraente una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del Decesso.

Per la GARANZIA PRINCIPALE, sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa
- ! eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti
- ! partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi

- ! 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 o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute
- ! suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione
- ! stato di ebbrezza (qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,80 grammi/litro) e/o abuso di psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni
- ! sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata, se il decesso avviene nei primi cinque anni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione
- ! malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati.

Per la **GARANZIA COMPLEMENTARE Morte da Infortunio**, sono escluse le cause di decesso quali conseguenze di:

- ! pratica di attività sportive professionali
- ! pratica di sport aerei in genere
- ! pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica; bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- ! attività professionale pericolosa che comporti
- ! contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche
- ! lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in garanzia l'attività l'edilizia fino a 15 m di altezza)
- ! lavori nel sottosuolo o in mare aperto
- ! l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati

Per la **GARANZIA COMPLEMENTARE Cancro & Secondo parere medico (Cancro&SPM)** sono esclusi i casi della prima diagnosi di cancro elencati nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutti i paesi del mondo.



Che obblighi ho?

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso la garanzia non risulterà pienamente efficace, come indicato nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?". Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie collegate). Per Assicurati con più di 50 anni di età assicurativa alla data di decorrenza del contratto, è sempre obbligatoria la visita medica con eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. Il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia modifiche di professione o di attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile. Qualora l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizi o ricominci a fumare in corso di contratto anche sporadicamente, è tenuto, insieme al Contraente, a darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure tramite lettera raccomandata alla Compagnia.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Compagnia la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Compagnia, disponibile presso gli Intermediari incaricati. Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.



Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio annuo della Garanzia principale non può essere inferiore a € 75,00. Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute, al livello degli accertamenti sanitari compiuti, al suo comportamento relativamente al fumo ed alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi. L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

L'entità del Premio della Garanzia complementare Infortuni è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, e dipende dall'importo della Prestazione Assicurata.

L'entità del Premio della Garanzia complementare Rischio Cancro che consente di ottenere un secondo parere medico (Cancro & SPM) è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione, dall'Età Assicurativa dell'Assicurato, dal suo stato di salute, dalle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore).

I premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, con le seguenti modalità:

a) Il primo versamento all'emissione e perfezionamento della polizza deve essere corrisposto:

- direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario
- all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento
- carta di credito.

b) pagamenti successivi:

- autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (Addebito SDD)
- oltre a quanto previsto sub a).

Per il pagamento dei premi successivi o rate di premio successive al primo versamento, si rinvia a quanto previsto e indicato dal Contraente nella Proposta di assicurazioni.

Il costo di emissione della polizza di 25,00 € viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima annualità.



Quando comincia e quando finisce la coper?

Per la durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso.

La durata del contratto può essere fissata da un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 75 anni.

Il contratto è concluso nel giorno in cui la Polizza, firmata dalla Compagnia, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure, il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Compagnia la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Compagnia stessa. L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza purché il contratto sia già concluso e sia stata versata la prima rata di premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

Il contratto cessa alla data di scadenza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



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

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Compagnia.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Agram Life rimborsa al contraente il premio versato diminuito di:

- eventuali imposte
- parte relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto
- spese sostenute per l'emissione del contratto.

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi 30 giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto e i premi versati restano acquisiti da Agram Life.

Si rinvia al DIP aggiuntivo VITA per gli aspetti di dettaglio.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

In caso di interruzione del versamento dei premi il contratto può essere riattivato, previa corresponsione di tutti i premi arretrati, entro 1 anno dalla data di scadenza del versamento della prima rata di premio non corrisposta su espressa richiesta scritta del contraente e accettazione scritta di Agram Life, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto - i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

Assicurazione temporanea caso morte

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

Compagnia:

AGRAM LIFE osiguranje d.d.
AGRAM LIFE insurance Jsc
AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG
AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A.

Prodotto:

RISK ^{PLUS} - tariffe AG-RRIT 23

Ultima edizione disponibile pubblicata: 10/04/2025



AGRAMLIFE
ASSICURAZIONI

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AGRAM LIFE osiguranje d.d., AGRAM LIFE insurance Jsc, AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG, AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A. Trnjanska cesta 108, Zagreb, Croazia, tel. +385 1 6292800, www.agramlife.it, info@agramlife.it.

La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nella Repubblica Croazia con provvedimento n. UP/I-453-02/07-30/20 del 06.12.2007. e n. UP/I-453-02/13-30/15 del 06.09.2013. emanato dalla Agenzia Croata di vigilanza sui servizi finanziari (Hrvatska Agencija za nadzor finansijskih usluga - HANFA). La Compagnia è altresì autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nei rami vita in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta nell'elenco annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS al n. II.01757 e sottoposta al controllo dell' Agenzia Croata di vigilanza sui servizi finanziari (Hrvatska Agencija za nadzor finansijskih usluga - HANFA).

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto della Compagnia è pari ad € 103,4 milioni, con capitale sociale pari ad € 8,97 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 78,5 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Compagnia (SFCR), disponibile sul sito www.agramlife.hr, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2024, è pari ad € 50,7 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 12,7 milioni, a copertura dei quali la Compagnia dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 105,4 milioni a fronte del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), con un conseguente indice di solvibilità pari a 2,08 rispetto al requisito al 31 dicembre 2024. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base della Formula Standard.

Al presente contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione qui descritta è un'assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Il Contraente beneficerà dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora l'Assicurato sia in grado di dichiarare di essere Non Fumatore secondo quanto stabilito all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

✓ Garanzia principale

Prestazione in caso di decesso: la Compagnia paga il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza.

La Garanzia principale può essere integrata mediante le seguenti garanzie integrative:

✓ Garanzia complementare morte da infortunio - acquistabile esclusivamente in abbinamento alla Garanzia Principale:

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del contratto, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari designati una Prestazione aggiuntiva di ammontare pari al 100% della Prestazione Assicurata relativa alla Garanzia Principale Decesso per qualsiasi causa, con un massimo di € 600.000,00 capitale assicurabile, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 - "Esclusioni" ed all'Art. 10 - "Carenza".

✓ Garanzia complementare Cancro & secondo parere medico (Cancro & SPM):

Garanzia complementare Cancro & secondo parere medico (Cancro & SPM), acquistabile esclusivamente in abbinamento alla Garanzia Principale, copre il rischio della prima diagnosi di cancro durante la durata dell'assicurazione e consente di ottenere un secondo parere medico (SPM) riguardo a qualsiasi diagnosi e trattamenti stabiliti dal medico curante.

In base a quanto riportato nelle condizioni di polizza vengono coperte:

- le forme di cancro invasivo (ad eccezione del cancro della pelle non melanoma)
- le forme di cancro pre-invasivo e cancro della tiroide e della prostata in stadio iniziale
- tumori benigni del cervello e del midollo spinale.

A seconda della diagnosi considerata in queste condizioni un caso assicurato, la Società paga all' assicurato/beneficiario: la durata dell'assicurazione e consente di ottenere un secondo parere medico (SPM) in merito alla diagnosi e al metodo di cura.

- ✓ 100% somma assicurata in caso di diagnosi di un cancro invasivo o di tumore benigno del cervello o del midollo spinale (come sopra a) c) e
- ✓ 10% somma assicurata in caso di diagnosi cancro pre-invasivo e cancro della tiroide e della prostata in stadio iniziale (come sopra b).

La diagnosi di cancro come dà presente articolo deve essere fatta da un medico competente specializzato in quel campo.

Il secondo parere medico (SPM) è un servizio che la Compagnia, in conformità a quanto previsto dalle presenti condizioni, fornisce all'Assicurato in collaborazione con il partner MediGuide - MediGuide International LLC, 4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, Delaware 19808, società che, attraverso le sue relazioni uniche con i principali centri medici a livello mondiale, ha sviluppato il servizio "Secondo parere medico".

Il secondo parere medico consiste nel parere medico di un team multidisciplinare di medici di specialità appropriate ingaggiati da uno dei principali centri medici del mondo sulla base di una revisione della cartella clinica dell'assicurato, in conformità a quanto previsto dalle presenti condizioni.

L'Assicurato ha il diritto di presentare una richiesta per un secondo parere medico in relazione a qualsiasi diagnosi fatta dal medico curante dell'Assicurato e/o ai trattamenti del cancro, alle condizioni indicate di seguito.

Oltre all'assicurato, qualora sia previsto dal contratto di assicurazione, hanno diritto a un secondo parere medico il partner convivente dell'assicurato e/o il/i figlio/i convivente/i dell'assicurato, entro il limite massimo di 25 anni di età.

Il capitale assicurabile a copertura della Garanzia complementare Cancro ha un limite massimo di € 30.000,00.



Che cosa **NON** è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita, è escluso dalla Garanzia complementare Cancro:

! Sono esclusi dalla definizione del Cancro:

- Carcinoma in situ (CIS), tumore in situ (TIS), le forme pre-invasive, displasie, tumori benigni, cisti e tutte le forme premaligne
- Carcinomi a cellule basali e a cellule squamose della pelle e linfomi cutanei, sarcomi e dermatofibrosarcomi protuberans confinati alla pelle (per tutti, la pelle è definita come uno o più strati di tessuto epidermico, dermico e sottocutaneo della pelle)
- Tumore della prostata con un punteggio di Gleason inferiore a 7 o con stadiazione inferiore a T2bN0M0 o con stadiazione inferiore a pT2N0M0 dopo una rimozione completa della prostata (prostatectomia radicale)
- Carcinoma papillare della ghiandola tiroide con stadiazione inferiore a T2N0M0
- Tumori uroteliali con stadiazione inferiore a T1bN0M0
- Tumori stromali gastrointestinali e tumori neuroendocrini di grado inferiore allo stadio prognostico Il secondo l'AJCC (ottava edizione)
- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (nel sangue, saliva, feci, urina) di cellule tumorali e/o molecole associate a tumori in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

! Sono esclusi dalla definizione Cancro pre-invasivo e cancro della prostata e della tiroide:

- Displasie eccetto eccezione delle displasie di alto grado considerate carcinoma in situ
- Eventuali condizioni pre-maligne
- Qualsiasi cancro della pelle ad eccezione del melanoma in situ
- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (nel sangue, saliva, feci, urina,) di cellule tumorali e/o molecole associate a tumori in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

! Sono esclusi dalla definizione Tumori benigni del cervello e del midollo spinale:

- Ascessi
- Ematomi
- Granulomi
- Angiomi
- Colesteatomi
- Neuromi traumatici
- Tumori ipofisari
- Tumori originati nel tessuto osseo.

! Oltre alle esclusioni sopra elencate, è esclusa anche qualsiasi responsabilità dell'assicuratore:

- Nel caso in cui l'assicurato si rifiuti di liberare il medico o l'équipe medica dal segreto medico e quindi impedisca all'assicuratore di ottenere tutta la documentazione e i fatti necessari
- Se il medico autorizzato è anche l'assicurato stesso.

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita, è escluso dalla Garanzia Il servizio di un secondo parere medico (SPM) che non è coperto dall'assicurazione nei seguenti casi:

- all'Assicurato non è stata diagnosticata una malattia o condizione medica dal medico competente, quale prerequisite affinché il centro medico leader a livello mondiale possa confermare o negare la diagnosi o raccomandare ulteriori trattamenti
- il medico competente non ha valutato lo stato di salute dell'Assicurato negli ultimi 12 mesi
- che lo stato di salute dell'Assicurato richiede cure urgenti, poiché la malattia è in fase acuta o mette a rischio la vita dell'Assicurato;
- l'Assicurato deve essere fisicamente presente per stabilire la diagnosi della malattia.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

L'Assicurato, il Contraente o altra persona designata o i Beneficiari designati devono dare tempestiva comunicazione alla Compagnia del sinistro a mezzo e-mail all'indirizzo info@agramlife.it o a mezzo lettera raccomandata A/R con ricevuta di ritorno, allegando sempre il documento di riconoscimento e tessera sanitaria e specificando gli elementi identificativi del contratto.

AGRAM LIFE osiguranje d.d., AGRAM LIFE insurance Jsc, AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG, AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A. Trnjanska cesta 108, Zagreb, tel. +385 1 6292800, agramlife@agramlife.it

Si rinvia all'Art 21., 38. e 39. Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.

Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita - ad eccezione del diritto alle rate di premio - si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).

La normativa vigente prevede che gli importi dovuti dalla Compagnia che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, se non adeguatamente sospeso o interrotto, siano devoluti ad un apposito Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (L. 266/2005 e successive modificazioni ed integrazioni).

Liquidazione della prestazione

I pagamenti vengono effettuati entro 30 giorni dalla data in cui è sorto il relativo obbligo, purché a tale data - definita in relazione all'evento che causa il pagamento - sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria, finalizzata a verificare l'esistenza dell'obbligo stesso, individuare gli aventi diritto e adempiere gli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa; altrimenti, la Compagnia effettuerà il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Fermo che l'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica delle somme dovute dalla Compagnia in base ai dati reali, si evidenzia che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni da parte della Compagnia che potrebbero anche pregiudicare il diritto al pagamento delle prestazioni.

Il contratto viene emesso sulla base della dichiarazione di domicilio abituale o indirizzo della sede legale rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione della Proposta.

Il Contraente è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale variazione, intervenuta nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data.

Per approfondimenti si rinvia all'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

La Prestazione Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio annuo ed anticipato, il cui importo, è indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente.

L'entità del Premio delle Garanzie Principale "Decesso per qualsiasi causa" è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, il cui ammontare non può essere inferiore a € 75,00, dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione, dall'Età Assicurativa dell'Assicurato, dal suo stato di salute, dalle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore).

L'entità del Premio della Garanzia complementare Morte da Infortunio è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, e dipende dall'importo della Prestazione Assicurata.

L'entità del Premio della Garanzia complementare Cancro che consente di ottenere un secondo parere medico (Cancro & SPM) è rivalutata all'anniversario della data di decorrenza del contratto e dipende dall'importo della Prestazione Assicurata e dall'Età Assicurativa dell'Assicurato.

I premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, con le seguenti modalità:

a) Il primo versamento all'emissione e perfezionamento della polizza deve essere corrisposto:

- direttamente alla Compagnia tramite bonifico bancario
- all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento
- carta di credito.

b) pagamenti successivi:

- autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (Addebito SDD)
- oltre a quanto previsto sub a).

Per il pagamento dei premi successivi o rate di premio successive al primo versamento, si rinvia a quanto previsto e indicato dal Contraente nella Proposta di assicurazioni.

Il costo di emissione della polizza di € 25,00 viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima annualità.

Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, a condizione che la rata abbia un importo minimo di €10,00; in tal caso, verrà applicata un'addizionale di frazionamento pari rispettivamente al 3% (in caso di frazionamento in rate mensili), al 2% (in caso di frazionamento trimestrale) e all'1% (in caso di frazionamento semestrale) del premio stesso.

Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto.

Rimborso	È previsto il rimborso del premio in caso di revoca della Proposta e in caso di recesso dal contratto, in questo ultimo caso, diminuito delle eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione.
Sconti	Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio. L'Intermediario può applicare, secondo parametri predefiniti dalla Compagnia, un'agevolazione finanziaria riducendo il costo in percentuale sui premi.



Quando comincia e quando finisce la copertura?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	In caso di interruzione del pagamento dei premi successivi alla prima annualità, le coperture rimangono sospese fino a quando il contratto non viene riattivato. Il decesso che dovesse intervenire nel periodo di sospensione non rientra in copertura e non dà luogo alla corresponsione del capitale caso morte. Le garanzie sospese a seguito del mancato pagamento dei premi possono essere riattivate entro i 180 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata. Trascorsi 180 giorni ed entro un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata la riattivazione può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Compagnia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Artt. 15, 32 e 41 delle Condizioni di Assicurazione.



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

Revoca	La revoca della proposta può essere trasmessa all'impresa finché il contratto non è concluso tramite comunicazione scritta da inviarsi presso la sede dell'Impresa (AGRAM LIFE Assicurazioni - Società per assicurazioni, AGRAM LIFE osiguranje d.d., Trnjanska cesta 108, Zagreb, Croazia), a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'Impresa è tenuta a rimborsare le somme eventualmente pagate dal contraente entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca.
Recesso	Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Compagnia. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 13.
Risoluzione	Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio di una Garanzia comporta la risoluzione della Garanzia stessa, come previsto alla rubrica "Quando comincia la copertura e quando finisce?"



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti valori di riscatto e di riduzione.
Richiesta di informazioni	Non essendo previsti riscatti o riduzioni, non ci sono informazioni disponibili per questa sezione.



A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione è destinata ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, abbiano età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

I costi di caricamento sono in percentuale fissa, indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo del Premio e relativo frazionamento.

I costi di eventuali accertamenti delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato richiesti dalla Compagnia sono interamente a carico dell'Assicurato stesso.

Il costo di emissione della polizza di 25,00 € viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima annualità.

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Commissione relativa al primo anno di durata del contratto, da un minimo di 0,00% (zero) ad un massimo di 9,00% del premio annuo, moltiplicato per n (n = anni di durata del contratto, fino ad un massimo di n = 10).

- Commissione relativa agli anni di durata del contratto successivi al primo, pari al 3,00% del premio annuo

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi al contratto o al rapporto assicurativo devono essere inoltrati per iscritto, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, a: AGRAM LIFE osiguranje d.d., AGRAM LIFE insurance Jsc, AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG, AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A. Trnjanska cesta 108, Zagreb, Croazia oppure tramite e-mail: all'indirizzo reclami@agramlife.it La Compagnia darà riscontro al reclamante entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, per: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it. Il contraente può inoltre presentare reclamo in forma scritta a Agenzia Croata di vigilanza sui servizi finanziari (Hrvatska Agencija za nadzor financijskih usluga - HANFA), Ulica Franje Rackog 6, Zagabria, Croazia, per: potrosaci@hanfa.hr, info su: www.hanfa.hr.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al Contratto si applicano le imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o domicilio del Contraente. Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi cambiamento di residenza o domicilio precedentemente dichiarati. Trattamento fiscale applicato al contratto: Detrazione fiscale dei premi Gli importi versati a titolo di premio sono oggetto di detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. Tassazione della prestazione assicurativa: Le somme corrisposte ai Beneficiari a titolo di capitale caso morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.
---	--

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA, ANCHE AI FINI DELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO, OVE PREVISTO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

L'IMPRESA NON DISPONE DI UNO SPAZIO INTERNET RISERVATO AL CONTRAENTE (HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA FIRMA NON SARÀ POSSIBILE GESTIRE IL CONTRATTO TELEMATICAMENTE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA VITA RISK^{PLUS} AGRAM LIFE

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE
GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNO
E GARANZIA CANCRO & SECONDO PARERE MEDICO (SPM)

AG-RRIT 23

A. GLOSSARIO	1
B. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE - CASO MORTE	2
B.1. NORME DI CARATTERE GENERALE	2
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	2
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE	2
ART. 3 - PERSONE ASSICURABILI	2
ART. 4 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE	2
ART. 5 - VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE	2
ART. 6 - PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE	2
ART. 7 - PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE	3
ART. 8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ	3
ART. 9 - ESCLUSIONI	3
ART. 10 - LIMITAZIONI - CARENZA	3
B.2. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO	4
ART. 11 - MODALITÀ ASSUNTIVE	4
ART. 12 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	5
ART. 13 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	5
ART. 14 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE	5
ART. 15 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE	5
ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO	5
ART. 17 - RISCATTO E RIDUZIONE	5
B.3. PREMIO ASSICURATIVO	6
ART. 18 - PREMIO	6
ART. 19 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE	6
ART. 20 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	6
B.4. ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	7
ART. 21 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	7
ART. 22 - BENEFICIARI	7
ART. 23 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	7
ART. 24 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ	8
ART. 25 - IMPOSTE E TASSE	8
ART. 26 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	8

ART. 27 - COMUNICAZIONI	8
ART. 28 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	8
ART. 29 - FORO COMPETENTE	8
C. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - MORTE DA INFORTUNIO	8
ART. 30 - PRESTAZIONI ASSICURATE	8
ART. 31 - ESCLUSIONI	9
ART. 32 - DURATA E PREMIO	9
ART. 33 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	9
D. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - GARANZIA CANCRO & SPM	9
ART. 34 - PRESTAZIONI ASSICURATE	9
ART. 35 - PERSONE ASSICURABILI	9
ART. 36 - DEFINIZIONE DI CANCRO	9
ART. 37 - DEFINIZIONE DEL SECONDO PARERE MEDICO (SPM)	10
ART. 38 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (CANCER RISK - GARANZIA CANCRO)	11
ART. 39 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (SPM)	11
ART. 40 - LIMITAZIONI - CARENZA	12
ART. 41 - PREMIO	12
ART. 42 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - GARANZIA CANCRO & SPM	12
ART. 43 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	12

A. GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono. Le definizioni di cui al presente Glossario sono indicate all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

Addebito diretto SEPA (SDD) - Strumento di pagamento mediante il quale il debitore (Contraente) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia-AGRAM LIFE) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

Anno Assicurativo - Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'Assicurazione.

Appendice - Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di Polizza, per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurazione - Il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e la Compagnia secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Assicurato - Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario - Il soggetto cui la Compagnia deve corrispondere la Prestazione Assicurata in caso di Sinistro.

Capitale assicurato - La somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

Carenza - Il periodo temporale - immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione - durante il quale la garanzia non è operante. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la Prestazione Assicurata.

Conclusione del contratto di assicurazione - Il momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte della Compagnia, della Proposta di Assicurazione.

Contraente - La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione e si impegna al versamento dei Premi alla Compagnia.

Certificato di assicurazione (o di Polizza) - Il documento sottoscritto dalla Compagnia, che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

Compagnia - AGRAM LIFE insurance, AGRAM LEBENSVERSICHERUNG, AGRAM LIFE Assicurazioni – Società per azioni, AGRAM LIFE osiguranje d.d., Trnjanska cesta 108, Zagreb, tel. +385 1 6292800, agramlife@agramlife.hr. La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nella Repubblica Croazia con provvedimento n. UP/I-453-02/07-30/20 del 06.12.2007. e n. UP/I-453-02/13-30/15 del 06.09.2013. emanato da Hrvatska Agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA). La Compagnia è altresì autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nei rami vita in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta nell'elenco annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS al n. II.01757 e sottoposta al

controllo dell'Agenzia Croata di vigilanza sui servizi finanziari (Hrvatska Agencija za nadzor financijskih usluga - HANFA).

Durata dell'Assicurazione - Periodo di durata intercorrente tra la decorrenza e la Scadenza dell'Assicurazione, indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza.

Età Assicurativa - L'età convenzionale della persona determinata in anni interi attribuitale per tutto il periodo compreso tra i sei mesi che precedono e seguono il relativo compleanno.

Ad esempio: 40 anni e 5 mesi equivalgono a 40 anni; 40 anni e 7 mesi equivalgono a 41 anni.

Garanzia Principale - Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la Prestazione Assicurata al Beneficiario. Ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite Complementari.

Garanzie complementari - Garanzie di puro rischio abbinate facoltativamente alla Garanzia Principale. Le presenti condizioni prevedono due tipologie di garanzie complementari: Infortuni e Garanzia Cancro & Secondo parere medico (CR&SPM).

Infortunio - Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – è l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione. Istituito con la legge 135/2012, l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

L'IVASS ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 - tel. 06 421331 - fax 06 42133206.

MediGuide - MediGuide International LLC, 4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, Delaware 19808, è una società che, attraverso le sue relazioni uniche con i principali centri medici a livello mondiale, ha sviluppato il programma "Secondo parere medico".

Proposta di assicurazione - Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a AGRAM LIFE la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Polizza - Il documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.

Premio - L'importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

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

Recesso - Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Riserva matematica - Importo accantonato dalla Compagnia per far fronte agli impegni futuri, assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati.

B. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE - CASO MORTE

B.1. NORME DI CARATTERE GENERALE

ART. 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

La Garanzia principale del contratto è un'assicurazione temporanea sulla vita dell'assicurato in caso di morte per qualsiasi causa con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo e sulla base dell'attività professionale. (tariffa AG-RIT23)

Il Contratto di Assicurazione è costituito dalla Garanzia Principale e facoltativamente dalla Garanzia Complementare Infortuni e dalla Garanzia Complementare CR&SPM.

Oltre alla Garanzia principale sempre presente, il contratto può facoltativamente, versando un premio aggiuntivo, coprire il rischio di morte a causa di un infortunio (Garanzia complementare Infortuni) e/o il rischio di patologie di cancro che prevede anche un secondo parere medico (Garanzia complementare Cancer risk & Secondo parere medico), disciplinate dalle specifiche Condizioni di Assicurazione riportate nelle relative sezioni che seguono.

ART. 2

PRESTAZIONI ASSICURATE

Garanzia principale:

La Compagnia paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato indicato in Polizza in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, fatto salvo quanto previsto dalle CGA. In tal caso il contratto si risolve con effetto dalle ore 24 della data del decesso; altrimenti, alla scadenza il contratto si risolve senza corresponsione di alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a fronte del rischio corso.

Il Capitale Assicurato scelto dall'Assicurato per la garanzia principale non può superare €400.000 o essere inferiore a €10.000.

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali, qualunque ne sia la causa, salvo quanto stabilito dagli artt. 9 e 10.

ART. 3

PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- a) al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione:
 - siano residenti o domiciliate in Italia
 - siano munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiani
 - abbiano compiuto 18 anni di età
 - abbiano un'Età Assicurativa non superiore a 65 anni.
- b) al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, abbiano un'Età Assicurativa non superiore a 75 anni

Salvo diversamente pattuito.

ART. 4

DEFINIZIONE DI NON FUMATORE

Ai sensi delle presenti condizioni, è considerato Non Fumatore colui che non ha fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche o altro), neanche sporadicamente, nei 24 mesi che precedono la sottoscrizione della Proposta o la data della comunicazione, in corso di contratto, dell'eventuale passaggio dallo stato di fumatore a quello di Non Fumatore di cui all'Art. 7.

Lo stato di Non Fumatore risulta indicato in Proposta, mediante apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato si applica quanto stabilito dall'Art. 12.

ART. 5

VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE

Ai fini del pagamento del capitale assicurato in caso di morte dell'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore, la Compagnia si riserva la facoltà di verificare l'effettiva permanenza di tale stato, richiedendo la documentazione di carattere sanitario necessaria per la suddetta verifica.

Qualora venga accertato che, nel corso della durata contrattuale, si sia verificata la perdita dello stato di Non Fumatore dell'Assicurato senza che il medesimo ed il Contraente abbiano adempiuto l'obbligo della relativa comunicazione, la Compagnia applicherà quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

ART. 6

PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE

Se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo e il Contraente, qualora persona diversa, devono immediatamente darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure mediante lettera raccomandata inviata direttamente alla Compagnia.

In tal caso la Compagnia provvederà a rideterminare il premio annuo o il capitale assicurato.

Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziale, alla data di decorrenza del contratto.

L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale. Con effetto dalla medesima data di scadenza, il contratto si risolverà di diritto se, qualora, decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, le parti non sottoscrivono l'appendice contrattuale.

ART. 7**PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE**

Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo e il Contraente, qualora persona diversa, possono darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure mediante lettera raccomandata inviata direttamente alla Compagnia.

In tal caso la Compagnia provvederà a rideterminare il premio annuo applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati Non Fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziale, alla data di decorrenza del contratto e delle eventuali garanzie complementari.

La variazione ha effetto a partire dalla scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale. Nel caso di successiva perdita dello stato di Non Fumatore, vale quanto indicato all'Art. 6.

ART. 8**AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Compagnia ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso che possa comportare un aggravamento del rischio, mediante comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure mediante lettera raccomandata inviata direttamente alla Compagnia.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Compagnia non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia stessa si riserva di applicare quanto previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti la professione o l'attività dell'Assicurato, oppure l'eventuale cambiamento della medesima, la Compagnia si riserva di applicare quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

ART. 9**ESCLUSIONI**

È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione

di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa

- eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti
- partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi
- 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 o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute
- suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione
- stato di ebbrezza (qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,80 grammi/litro) e/o abuso di psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata, se il decesso avviene nei primi cinque anni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione
- malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati.

ART. 10**LIMITAZIONI - CARENZA**

La piena copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia preventivamente sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia, accettandone modalità ed oneri.

Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, decida di non sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti, viene applicato un periodo di carenza che inizia dalla data di decorrenza dell'assicurazione o dalla data di riattivazione approvata dalla Compagnia.

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di 6 (sei) mesi, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.

Il Contratto prevede, altresì, un periodo di Carenza di 5 anni, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV o

sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato, in fase di assunzione del rischio, dovesse sottoporsi a visita medica ed effettuare un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di assicurazione. Qualora invece l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica, ma rifiutare di effettuare un test sull'HIV, il periodo di Carenza sarà esteso a 7 anni.

Qualora l'evento assicurato si verifichi durante il periodo di Carenza, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del Decesso o della diagnosi di un cancro.

Il periodo di Carenza non troverà in ogni caso applicazione qualora l'evento assicurato sia conseguenza diretta di:

- Infortunio
- shock anafilattico
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della copertura assicurativa: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, tetano, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccina generalizzata, encefalite post-vaccinica.

B.2. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO

ART. 11

MODALITÀ ASSUNTIVE

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute e agli stili di vita forniti dall'Assicurato nonché sull'attività/ professione dal medesimo svolta.

Allo scopo di potere adeguatamente valutare il rischio da assumere, e nei casi di modifiche al contratto di assicurazione sottoscritto tra il Contraente e la Compagnia, quest'ultimo ha comunque diritto, a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata.

L'Assicurato potrà scegliere liberamente il medico o la struttura presso la quale effettuare il Rapporto del Medico o altra documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia e per la valutazione del rischio.

La Compagnia, una volta esaminato il rischio, valuterà a suo insindacabile giudizio l'accettazione o il rifiuto della Proposta di Assicurazione.

In funzione dell'età dell'Assicurato e dell'ammontare del Capitale Assicurato, l'Assicurato deve alternativamente compilare un Questionario Sanitario, e/o sottoporsi ad una visita medica per la compilazione del Rapporto di Visita Medica (RVM) o rispondere a domande aggiuntive come da prospetto di seguito riportato:

Somma assicurata	Età al momento della sottoscrizione	Accertamenti sanitari
≤ 250.000 EUR	Da 18 a 50 anni compiuti	Questionario sanitario
	> 50 anni	Questionario sanitario Rapporto di visita medica (RVM) Analisi delle urine completo
250.001 EUR - 400.000 EUR	≤ 50 anni	Questionario sanitario Rapporto di visita medica (RVM) Analisi delle urine completo Analisi del sangue: HbA1c, colesterolo totale, HDL, trigliceridi HIV (facoltativa/carenza)
	> 50 anni	In aggiunta a quanto sopra: PSA totale e PSA free, HbsAg, HBeAg, anti-HCV, VES, creatinina, ALT/AST/GGT, emocromo completo con formula e conta piastrinica

ART. 12**DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze si applicano gli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Compagnia in base all'età reale.

Eventuali dichiarazioni rese o informazioni comunque fornite e/o acquisite relativamente a contratti di assicurazione infortuni e/o malattia o altre assicurazioni vita stipulate con la Compagnia stessa, non dispensano dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero, esatto e completo la reale entità del rischio con riferimento al presente contratto.

Il contratto viene stipulato con il presupposto che il Contraente abbia domicilio abituale o, nel caso di persona giuridica, sede legale in Italia. Il Contraente, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale trasferimento, intervenuto nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data. La Compagnia si riserva di richiedere la documentazione comprovante la predetta variazione di domicilio abituale o sede legale.

La variazione di domicilio abituale o di sede legale in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi comporta la cessazione del contratto dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento di domicilio abituale o di sede legale.

Il Contraente rimane responsabile per l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni rese e per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione.

ART. 13**CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto di Assicurazione si considera concluso nel momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione della Proposta di Assicurazione da parte della Compagnia.

In tal senso, il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta e accettazione della stessa da parte della Compagnia riceverà da quest'ultima la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso.

ART. 14**ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, a condizione che a tale data

il contratto sia stato concluso e sia stata versata la prima rata di premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla data di decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

ART. 15**DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

La Durata dell'Assicurazione può essere fissata dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 5 (cinque) anni ad un massimo di 30 (trenta) anni, a condizione che l'età assicurativa dell'Assicurato non ecceda i 75 (settanta cinque) anni nel corso della stessa.

In ogni caso, L'assicurazione cessa:

- in caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la garanzia principale Decesso o garanzia complementare Infortuni
- in caso di Decesso dell'Assicurato non indennizzabile come previsto dalle condizioni di Polizza
- alla conclusione della Durata Contrattuale della Polizza
- in caso di esercizio del diritto di revoca o di recesso
- in caso di mancato pagamento del premio una volta trascorso il periodo utile per la riattivazione
- in caso di raggiungimento dei limiti di età come riportato al precedente.

ART. 16**DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Compagnia.

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

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 18.

ART. 17**RISCATTO E RIDUZIONE**

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

B.3. PREMIO ASSICURATIVO

ART. 18

PREMIO

La Prestazione Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio annuo ed anticipato, il cui importo, è indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente.

L'entità del Premio della Garanzia Principale "Decesso per qualsiasi causa" è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, il cui ammontare non può essere inferiore a € 75,00, dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione, dall'Età Assicurativa dell'Assicurato, dal suo stato di salute, dalle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore).

L'entità del Premio della Garanzia complementare Infortuni è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, e dipende dall'importo della Prestazione Assicurata.

L'entità del Premio della Garanzia complementare Rischio Cancro che consente di ottenere un secondo parere medico (Cancro & SPM) è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione, dall'Età Assicurativa dell'Assicurato, dal suo stato di salute, dalle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore).

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai Rischi assunti in contratto (Rischio demografico della mortalità), pertanto, nel caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, i Premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del Rischio corso.

Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, a condizione che la rata abbia un importo minimo di €10,00; in tal caso, verrà applicata un'addizionale di frazionamento pari rispettivamente al 3% (in caso di frazionamento in rate mensili), al 2% (in caso di frazionamento trimestrale) e all'1% (in caso di frazionamento semestrale) del premio stesso.

Il Contraente ha la facoltà di modificare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto.

Il Premio del primo Anno Assicurativo, anche se frazionato, è comunque dovuto per intero, fatte salve le diverse pattuizioni in sede di stipula del contratto.

I premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, con le seguenti modalità:

- a) Il primo versamento all'emissione e perfezionamento della polizza deve essere corrisposto:
 - direttamente alla Compagnia tramite bonifi bancario
 - all'intermediario abilitato all'incasso tramite i mezzi di pagamento previsti dalla normativa di riferimento
 - o carta di credito.
- b) pagamenti successivi:
 - autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (Addebito SDD)
 - oltre a quanto previsto sub a).

Per il pagamento dei premi successivi o rate di premio successive al primo versamento, si rinvia a quanto previsto e indicato dal Contraente nella Proposta di assicurazioni.

Il costo di emissione della polizza di 25,00 € viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima annualità.

ART. 19

MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1901 e 1924 c.c., se il Contraente non paga il premio relativo al primo anno - o la prima rata di premio in caso di frazionamento - le prestazioni assicurative rimangono sospese e decorreranno dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione delle prestazioni assicurative non saranno indennizzati dalla Compagnia. Se il pagamento del Premio relativo al primo anno - o della prima rata di Premio in caso di frazionamento - non avviene entro 6 mesi dalla data di Decorrenza delle prestazioni assicurative indicata in polizza, il contratto è risolto di diritto.

Se il contraente non paga i premi successivi entro 30 giorni dalla data di scadenza, le prestazioni assicurative rimangono sospese dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Il Contraente può riattivare le prestazioni assicurative come previsto dal successivo art. 20. Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, il contratto si risolve di diritto.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

ART. 20

RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento dei premi, il Contraente può riattivarle pagando le rate di premio arretrate in un'unica soluzione.

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione ed entro un anno dalla risoluzione del contratto, la riattivazione può essere concessa dalla Compagnia alle seguenti condizioni:

- richiesta scritta del Contraente e compilazione dell'apposito questionario sullo stato di salute dell'Assicurato;
- accettazione scritta della Compagnia che, prima di dare il proprio consenso, ha il diritto di verificare lo stato di salute dell'Assicurato e di richiedere anche eventuali nuovi accertamenti sanitari.

La riattivazione ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento delle rate di premio arretrate, il capitale assicurato per il medesimo importo che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificato il mancato pagamento dei premi, fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato ai fini della riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dall'Art. 12.

B.4. ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 21

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato, il Contraente o altra persona designata o i Beneficiari designati devono dare tempestiva comunicazione alla Compagnia del sinistro a mezzo e-mail all'indirizzo info@agramlife.it o a mezzo lettera raccomandata A/R con ricevuta di ritorno, allegando sempre il documento di riconoscimento e tessera sanitaria e specificando gli elementi identificativi del contratto.

La denuncia dovrà essere completa di informazioni e i documenti elencati nei punti successivi per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.

L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di pagamento da parte della Compagnia.

La Compagnia si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse servire per particolari esigenze istruttorie di singoli casi particolari e di far effettuare accertamenti per verificare le informazioni e la documentazione ricevuta.

Decesso:

Alla denuncia del sinistro, da presentarsi secondo le modalità descritte al paragrafo precedente il Contraente o i Beneficiari per la garanzia "Decesso" si impegnano ad allegare i seguenti documenti in originale:

- il Certificato di morte originale in carta semplice
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza o modello I.S.T.A.T
- copia conforme dell'originale della cartella clinica, o verbale del 118 se intervenuto e certificato di decesso rilasciato dal medico competente
- eventuale certificato autoptico
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente
- copia della carta di identità e codice fiscale o tessera sanitaria di ogni erede.

Nei casi in cui Beneficiari siano gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, gli stessi dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando alla Compagnia:

- copia autentica del testamento, se esistente, contenente la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico o ultimo valido e non impugnato; in caso contrario, atto di notorietà comprovante l'assenza di testamento;
- certificato di famiglia storico;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel

caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di intendere, con esonero per la Compagnia da ogni responsabilità;

- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

La Compagnia, informata del decesso, potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla Prestazione.

La Compagnia, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

ART. 22

BENEFICIARI

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione.

La designazione dei Beneficiari può essere fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto con apposita clausola, inserita in Polizza, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Compagnia o per testamento ed è revocabile o modificabile nelle stesse forme, precisando i Beneficiari ed il contratto per i quali viene effettuata la revoca o la modifica. In caso di disposizione testamentaria la designazione o variazione dei Beneficiari del contratto potrà essere altresì effettuata mediante attribuzione ai medesimi delle somme assicurate.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio (c.d. beneficio accettato);
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione effettuata genericamente o, comunque, in favore di più beneficiari attribuisce in parti uguali tra i medesimi il beneficio, salva diversa ed espressa indicazione da parte del Contraente.

ART. 23

CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto solo previo espresso consenso della Compagnia, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.

Tali atti, per avere efficacia nei confronti della Compagnia, devono risultare dalla Polizza o da appendice contrattuale ed essere firmati dalle parti interessate.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di liquidazione richiedono il consenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.

ART. 24

NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

Le somme dovute dalla Compagnia, in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 del Codice Civile).

ART. 25

IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative alla presente Assicurazione sono a carico del Contraente.

Allo stato della normativa, il Premio non è soggetto ad imposta.

Allo stato della normativa vigente, sui Premi versati alla Compagnia, per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF pari al 19% dei premi stessi ed entro il limite stabilito dalla normativa vigente.

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni

ART. 26

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Salvo i casi di cui al successivo capoverso, qualsiasi modifica della presente Assicurazione deve essere approvata in forma scritta tra la Compagnia e il Contraente.

La Compagnia può modificare unilateralmente la disciplina della presente Assicurazione per conformare la stessa a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS.

ART. 27

COMUNICAZIONI

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le variazioni dei propri recapiti (residenza, posta elettronica) indicati nella Proposta di Assicurazione.

Le comunicazioni tra le parti devono essere effettuate a mezzo raccomandata A.R., o posta elettronica certificata.

ART. 28

LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 29

FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, è

competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

C. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - MORTE DA INFORTUNIO

ART. 30

PRESTAZIONI ASSICURATE

Garanzia complementare infortuni - acquistabile esclusivamente in abbinamento alla Garanzia Principale:

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del contratto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari designati una Prestazione aggiuntiva di ammontare pari al 100% della Prestazione Assicurata relativa alla Garanzia Principale Decesso per qualsiasi causa, con il massimo di € 600.000,00 di capitale assicurabile, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 - "Esclusioni" ed all'Art. 10 - "Carenza".

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato, purché:

- l'Infortunio sia avvenuto mentre il Contraente è in regola con il pagamento dei relativi premi
- il decesso sia avvenuto entro sei mesi dall'Infortunio stesso e mentre è in vigore la Garanzia complementare
- sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'Infortunio.

altrimenti, alla scadenza contrattuale la Garanzia complementare si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a fronte del rischio corso.

Sono considerati infortunio anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio, indennizzabile a termini di polizza
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché,

quelli sofferti in stato di maleore e/o perdita di conoscenza.

Esempio: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €200.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia complementare "Morte da Infortunio", qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio, la Compagnia paga un importo pari a €400.000,00 (€200.000,00 Garanzia principale + €200.000,00 Garanzia complementare "Morte da Infortunio").

ART. 31**ESCLUSIONI**

Oltre alle esclusioni dalla garanzia principale disciplinate dall'art. 9, dalla garanzia complementare Infortuni sono inoltre esclusi i seguenti casi:

- a) pratica di attività sportive professionali
- b) pratica di sport aerei in genere
- c) pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- d) attività professionale pericolosa che comporti:
 - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche
 - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in garanzia l'attività l'edilizia fino a 15 m di altezza);
 - lavori nel sottosuolo o in mare aperto
 - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, guardie giurate, vigilanza privata e addetti alla sicurezza.

Salvo diversamente pattuito in sede di stipula del contratto.

ART. 32**DURATA E PREMIO**

Il premio della presente Garanzia è parte integrante del premio complessivamente dovuto dal Contraente ed è soggetto alla stessa disciplina applicata al premio della Garanzia principale, anche per quanto riguarda il mancato pagamento e la ripresa del pagamento.

L'importo del premio, indicato in Polizza, è costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Con riferimento alla decorrenza, durata e termine della garanzia complementare, si applicano le disposizioni delle Condizioni della Garanzia principale.

ART. 33**RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE**

Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione della presente Garanzia si applicano, in quanto compatibili, le Condizioni di Assicurazione della Garanzia principale.

D. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - GARANZIA CANCRO & SPM**ART. 34****PRESTAZIONI ASSICURATE**

Garanzia complementare "Garanzia cancro &SPM", acquistabile esclusivamente in abbinamento alla Garanzia Principale, copre il rischio della prima diagnosi di cancro durante la durata dell'assicurazione e consente di ottenere un secondo parere medico (SPM) in merito a qualsiasi tipo di diagnosi stabilita dal medico curante, e/o in merito ai trattamenti del cancro come specificato di seguito.

In base a quanto riportato nelle condizioni di polizza vengono coperte:

- a) le forme di cancro invasivo (ad eccezione del cancro della pelle non melanoma);
- b) le forme di cancro pre-invasivo e cancro della tiroide e della prostata in stadio iniziale;
- c) tumori benigni del cervello e del midollo spinale.

A seconda della diagnosi considerata in queste condizioni quale caso assicurato, la Compagnia paga all' assicurato/ beneficiario:

- 100% somma assicurata in caso di diagnosi di un cancro invasivo o di tumore benigno del cervello o del midollo spinale (come sopra a) e c))
- 10% somma assicurata in caso di diagnosi cancro pre-invasivo e cancro della tiroide e della prostata in stadio iniziale (come sopra b)).

La diagnosi di cancro come dà presente articolo deve essere fatta da un medico competente specializzato in quel campo.

ART. 35**PERSONE ASSICURABILI**

Sono assicurabili le persone fisiche alle stesse condizioni per la garanzia principale (come previsto dagli artt. 3 e 18).

ART. 36**DEFINIZIONE DI CANCRO**

Ai fini della presente Garanzia sono considerate le patologie di Cancro esclusivamente i casi sotto riportati.

1. Cancro invasivo:

- 1.1. La diagnosi di un tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani, confermata da referto istopatologico, e classificata come tumore maligno secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging manual).

Il cancro comprende: i linfomi maligni e le neoplasie del midollo osseo inclusa la leucemia.

1.2. Sono esclusi dalla definizione:

- Carcinoma in situ (CIS), tumore in situ (TIS), le forme pre-invasive, displasie, tumori benigni
- cisti e tutte le forme premaligne

- Carcinomi a cellule basali e a cellule squamose della pelle e linfomi cutanei, sarcomi e dermatofibrosarcomi protuberans confinati alla pelle (per tutti, la pelle è definita come uno o più strati di tessuto epidermico, dermico e sottocutaneo della pelle)
- Tumore della prostata con un punteggio di Gleason inferiore a 7 o con stadiazione inferiore a T2bN0M0 o con stadiazione inferiore a pT2N0M0 dopo una rimozione completa della prostata (prostatectomia radicale)
- Carcinoma papillare della ghiandola tiroide con stadiazione inferiore a T2N0M0
- Tumori uroteliali con stadiazione inferiore a T1bN0M0
- Tumori stromali gastrointestinali e tumori neuroendocrini di grado inferiore allo stadio prognostico II secondo l'AJCC (ottava edizione)
- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (nel sangue, saliva, feci, urina,.) di cellule tumorali e/o molecole associate a tumori in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

2. Cancro pre-invasivo e cancro della prostata e della tiroide in stadio precoce:

2.1. Crescita focale e localizzata di cellule carcinomatose rimaste confinate allo strato di tessuto da cui si sono inizialmente sviluppate senza ancora invasione dei normali tessuti circostanti o di altre parti del corpo.

Le forme di cancro pre-invasivo e di cancro della prostata e della tiroide in stadio iniziale devono sempre essere diagnosticate inequivocabilmente sulla base dell'esame microscopico dei tessuti (referto istopatologico).

Sono inclusi i seguenti cancri:

- Tutti i carcinomi primari in situ secondo la classificazione AJCC (American Committee on Cancer, Settima edizione TNM Classification) ad eccezione del cancro della pelle se non melanoma in situ
- Tumori della prostata classificati con un punteggio di Gleason inferiore a 7 o con stadiazione inferiore a T2bN0M0 o con stadiazione inferiore a pT2N0M0 dopo rimozione completa della prostata (prostatectomia radicale)
- Tumori della tiroide con stadiazione inferiore a T2N0M0.

2.2. Sono esclusi dalla definizione:

- Displasie ad eccezione delle displasie di alto grado considerate carcinoma in situ
- Eventuali condizioni pre-maligne
- Qualsiasi cancro della pelle ad eccezione del melanoma in situ

- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (nel sangue, saliva, feci, urina,.) di cellule tumorali e/o molecole associate a tumori in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

3. Tumori benigni del cervello e del midollo spinale:

3.1. Un tumore neoplastico non maligno originato nel cervello, nei nervi cranici o nelle meningi, che determina un deficit neurologico oggettivo e permanente e che risulti da un esame clinico. La diagnosi deve essere confermata da un medico specialista in neurologia.

3.2. Sono esclusi dalla definizione:

- Tutte le cisti
- Ascessi
- Ematomi
- Granulomi
- Angiomi
- Colesteatomi
- Neuromi traumatici
- Tumori ipofisari
- Tumori originati nel tessuto osseo.

4. Oltre alle esclusioni sopra elencate, è esclusa anche qualsiasi responsabilità della Compagnia:

4.1. Nel caso in cui l'assicurato si rifiuti di liberare il medico o l'équipe medica dal segreto medico e quindi impedisca alla Compagnia di ottenere tutta la documentazione e i fatti necessari.

4.2. Se il medico autorizzato è anche l'assicurato stesso.

ART. 37

DEFINIZIONE DEL SECONDO PARERE MEDICO (SPM)

Il secondo parere medico (SPM) è un servizio che la Compagnia, in conformità a quanto previsto dalle presenti condizioni, fornisce all'Assicurato in collaborazione con il partner MediGuide.

Il secondo parere medico consiste nel parere medico di un team multidisciplinare di medici di specialità appropriate ingaggiati da uno dei principali centri medici del mondo sulla base di una revisione della cartella clinica dell'assicurato, in conformità a quanto previsto dalle presenti condizioni.

L'Assicurato ha il diritto di presentare una richiesta per un secondo parere medico in relazione a qualsiasi diagnosi fatta dal medico curante dell'Assicurato e/o ai trattamenti del cancro, alle condizioni indicate di seguito.

Oltre all'assicurato, qualora sia previsto dal contratto di assicurazione, hanno diritto a un secondo parere medico il partner convivente dell'assicurato e/o il/i figlio/i convivente/i dell'assicurato, entro il limite massimo di 25 anni di età.

Il servizio di un secondo parere medico non è coperto dall'assicurazione nei seguenti casi:

- all'Assicurato non è stata diagnosticata una malattia

o condizione medica dal medico competente, quale requisito affinché il centro medico leader a livello mondiale possa confermare o negare la diagnosi o raccomandare ulteriori trattamenti

- il medico competente non ha valutato lo stato di salute dell'Assicurato negli ultimi 12 mesi
- lo stato di salute dell'Assicurato richiede cure urgenti, poiché la malattia è in fase acuta o mette a rischio la vita dell'Assicurato
- l'Assicurato deve essere fisicamente presente per stabilire la diagnosi della malattia.

ART. 38

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

(CANCER RISK – GARANZIA CANCRO)

1. Nel momento della denuncia del sinistro, ovvero dell'evento assicurato, l'Assicurato e il Contraente, qualora persona diversa, sono tenuti a:

- compilare la denuncia del sinistro e allegare la lettera di dimissione del medico in originale e i relativi referti medici, una copia certificata della cartella clinica personale
- e fornire alla Compagnia tutte le spiegazioni necessarie e presentare prove adeguate al fine di poter determinare pienamente le circostanze relative alla diagnosi di una malattia maligna
- presentarsi e accettare una visita di un medico designato dalla Compagnia.

La denuncia di cui al paragrafo (1) deve essere presentata compilando il modulo previsto dalla Compagnia e, oltre alla documentazione medica prescritta, si devono presentare i seguenti certificati e documenti:

- l'originale della polizza e, se necessario/presente, appendice alla polizza,
- copia della carta d'identità
- copia del conto corrente dell'assicurato/beneficiario
- certificato di morte o altra prova da cui risulti visibile il verificarsi del fatto di morte in caso di applicazione dell'articolo 8, comma (4) delle presenti condizioni.

2. A seconda della diagnosi che applicando le presenti condizioni di polizza viene considerata caso assicurato, la Compagnia corrisponderà:

- la somma assicurata nel caso di diagnosi di una forma di cancro invasiva o di tumore cerebrale benigno
- 10% della somma assicurata in caso di diagnosi oncologica in fase pre-invasiva o di un cancro della prostata in stadio iniziale o della tiroide in stadio iniziale.

La Compagnia liquiderà la somma assicurata durante la durata dell'assicurazione solo una volta, indipendentemente dal numero di diagnosi.

A seguito della liquidazione del 10% dell'importo assicurato, l'assicurazione, fino alla data di scadenza

del contratto, coprirà solo una forma di cancro invasiva o un tumore cerebrale benigno.

3. Se il decesso dell'assicurato avviene a seguito della denuncia di cui all'art. 38, e prima della liquidazione della somma assicurata per tale garanzia, la liquidazione di tale garanzia verrà effettuata al beneficiario previsto per la garanzia principale se non diversamente previsto in polizza.

ART. 39

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (SPM)

MediGuide, entro 12 ore lavorative dal ricevimento della richiesta iniziale dell'Assicurato che presenta una condizione sanitaria ai sensi delle presenti Condizioni, consegna all'Assicurato il modulo "Consenso al conferimento dei dati della cartella clinica e della documentazione".

Entro 3 giorni lavorativi dal giorno di ricevimento della richiesta iniziale, MediGuide mette a disposizione dell'Assicurato tre centri medici leader a livello mondiale e di consolidata reputazione nel campo della diagnosi e della cura della patologia di cui l'Assicurato è stato diagnosticato o si sospetta, e che sono disponibili a rispondere immediatamente alla richiesta dell'Assicurato.

Quando l'Assicurato sceglie uno dei centri medici leader a livello mondiale proposti, MediGuide inizia una collaborazione diretta con il medico competente dell'Assicurato, se l'Assicurato desidera includere il medico nel processo. Entro 12 ore lavorative dal ricevimento della richiesta iniziale, al fine di raccogliere la documentazione medica rilevante e completa da inoltrare al centro medico di riferimento prescelto, MediGuide invia una richiesta di rilascio della documentazione medica dell'Assicurato alla struttura sanitaria e/o o studio privato, ovvero al medico competente dell'Assicurato.

Ciò completato, il partner locale di MediGuide raccoglie e unisce tutta la documentazione sanitaria raccolta dalle strutture sanitarie, dallo studio privato, dal medico competente o dall'Assicurato e la invia al centro medico leader mondiale selezionato al massimo entro il termine di tre giorni lavorativi.

Un team multidisciplinare di medici del centro medico leader a livello mondiale esegue un'analisi indipendente della documentazione medica presentata e una revisione completa del metodo di trattamento proposto, che include raccomandazioni relative alle opzioni di trattamento, sulla base della quale formano un secondo parere medico, che inviano per iscritto a MediGuide.

MediGuide inoltra il secondo parere medico all'Assicurato e al suo medico competente, se coinvolto nel procedimento, entro e non oltre 10 giorni lavorativi dal giorno in cui MediGuide ha ricevuto la documentazione medica completa dell'Assicurato.

Il secondo parere medico ottenuto ha carattere esclusivamente dichiarativo e consultivo e non vincola l'Assicurato nella scelta della modalità di cura.

I programmi e le modalità di cura suggerite dal Secondo Parere Medico non sono coperti da questa assicurazione.

MediGuide contatterà l'Assicurato tramite telefono, e-mail protetta, servizi postali locali, DHL e altri servizi di consegna rapida, a seconda del metodo di mantenimento del contatto che l'Assicurato ha scelto al momento della presentazione della richiesta.

compatibili, le Condizioni di Assicurazione della Garanzia principale.

ART. 40

LIMITAZIONI - CARENZA

La Garanzia Cancro è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa.

Durante il periodo di carenza, l'Assicurato ha diritto alla prestazione di un secondo parere medico (SPM).

ART. 41

PREMIO

Il premio annuo della presente Garanzia è parte integrante del premio complessivamente dovuto dal Contraente ed è soggetto alla stessa disciplina applicata al premio annuo della Garanzia principale, anche per quanto riguarda il mancato pagamento e la ripresa del pagamento.

L'importo del premio è costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione, dall'Età Assicurativa dell'Assicurato, dal suo stato di salute, dalle sue abitudini di vita (fumatore/non fumatore).

La Garanzia complementare si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale, salvo il caso in cui l'obbligo di tale pagamento termini in conseguenza del decesso dell'Assicurato.

ART. 42

DURATA DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE - GARANZIA CANCRO & SPM

Garanzia complementare "Garanzia cancro & SPM" segue sempre la garanzia assicurativa principale, e può terminare con il recesso da parte del Contraente all'anniversario della data di decorrenza del contratto (ovvero alla scadenza del contratto assicurativo).

In ogni caso, garanzia complementare Cancro termina con:

- Il pagamento della somma assicurata per il verificarsi di un caso assicurato con diagnosi di qualsiasi forma di cancro invasivo o tumore cerebrale benigno
- al termine del giorno del decesso dell'assicurato
- al termine dell'ultimo giorno dell'anno solare in cui l'Assicurato ha compiuto 75 (settantacinque) anni di età
- risoluzione del contratto assicurativo (scadenza/recesso/risoluzione).

ART. 43

RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione della presente Garanzia complementare CR&SPM, si applicano, in quanto

INFORMATIVA IN MATERIA DI OBLIO ONCOLOGICO

La presente al fine di rappresentare quanto disciplinato dalla legge in materia di “Oblio oncologico” entrata in vigore in data 2 gennaio 2024 - L. del 7/12/2023, n. 193 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18 dicembre 2023, recante “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”, che introduceva il cosiddetto “diritto all’oblio oncologico” – di seguito denominata “Legge”.

Il termine “oblio oncologico” esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi.

La normativa prevede che un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

In occasione della stipula o rinnovo di contratti assicurativi, non possono essere altresì applicati limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.

È inoltre vietato richiedere, ai fini della stipula, l’effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari volti all’accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche.

Nel caso in cui le informazioni sulla patologia siano state fornite precedentemente, queste non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, decorso il termine stabilito dalla legge. A tal fine, il contraente invia tempestivamente la certificazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, le informazioni in precedenza acquisite dovranno essere cancellate.

La violazione delle disposizioni nella stipula dei contratti successiva all’entrata in vigore della Legge determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi dichiarati dalla legge e non comporta la nullità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d’ufficio.

I contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore della legge devono conformarsi ai principi da essa introdotti.

Conformemente a detta disposizione, in caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, ancorché venga somministrato un questionario sullo stato di salute, non sussiste l’obbligo di palesare patologie oncologiche pregresse, qualora si ritenga ricorrano le condizioni per la certificazione della guarigione nei termini di legge.

L’assicurato non incorrerà nelle conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenze informative, avendo diritto alla liquidazione dell’indennizzo secondo il contratto.

Occorre precisare che permangono gli obblighi di accuratezza informativa verso l’Impresa di assicurazione, qualora non ricorrano le condizioni per la certificazione, al momento della stipula del contratto.

Per la piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha emanato alcuni provvedimenti volti a disciplinare le modalità e le forme per la certificazione, senza oneri per l’assicurato, della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell’applicazione delle disposizioni di legge.

- *DECRETO 22 marzo 2024 - Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023*

Il Ministero della Salute ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali per il maturarsi dell’oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall’ultimo intervento chirurgico. Riportati nell’allegato I e trascritti di seguito.

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

- **DECRETO 5 luglio 2024 - Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico**

Il Ministero della Salute ha dettato le modalità di presentazione dell'istanza per il rilascio della certificazione, secondo un modello allegato al Decreto Certificazione corredato eventualmente da documentazione medica, ad una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o ad un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o al medico di medicina generale oppure al pediatra di libera scelta.

La certificazione, redatta secondo il modello contenuto nel medesimo Decreto attuativo, è rilasciata gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta se sussistono, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni di legge. Il rilascio di detta certificazione non deve comportare oneri per il richiedente.

Ai fini dell'esecuzione del presente contratto, ai termini indicati viene attribuito il seguente significato:

- **"Anticancer pharmacological treatment": trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti).
- **"Relapse": recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini.
- **"Recovery": guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

AGRAM LIFE osiguranje d.d. | AGRAM LIFE insurance Jsc | AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG | AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A., Trnjanska cesta 108, Zagreb, Croatia | Numero di registrazione in Croazia: 080151945

La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nella Repubblica Croazia con provvedimento n. UP/I-453-02/07-30/20 del 06.12.2007. e n. UP/I-453-02/13-30/15 del 06.09.2013. emanato da Hrvatska Agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA)

La Compagnia è altresì autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nei rami vita in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta nell'elenco annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS al n. II.01757. | www.agramlife.it

Proposta n°

Valida fino al

DATI DELL'INTERMEDIARIO

Produttore, Codice Nome

Cod. subagenzia

CONTRAENTE/PERSONA FISICA (IL DELEGATO O LEGALE RAPPRESENTANTE IN CASO DI CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)

Nome		Cognome		Sesso
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia, Stato
Indirizzo di residenza		CAP	Comune	Provincia, Stato
Indirizzo di domicilio		CAP	Comune	Provincia, Stato
Telefono		E-mail		Codice fiscale
Documento di riconoscimento	N° documento	Fine periodo di validità	Rilasciato da	Comune (o stato estero) ed ente di rilascio

CONTRAENTE/PERSONA GIURIDICA

Ragione sociale			Codice fiscale, Partita Iva
Sede Legale			Provincia, Stato
Telefono			Codice fiscale

ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Nome		Cognome		Sesso
Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia, Stato
Indirizzo di residenza		CAP	Comune	Provincia, Stato
Indirizzo di domicilio		CAP	Comune	Provincia, Stato
Telefono		E-mail	Professione	Codice fiscale
Documento di riconoscimento	N° documento	Fine periodo di validità	Rilasciato da	Comune (o stato estero) ed ente di rilascio

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Data di decorrenza	Data di scadenza	Durata anni	Codice Tariffa
Caratteristica contratto	Condizioni di assicurazione operanti	Periodo di carenza SI ☐ NO ☐	
Frazionamento del premio:	Mensile	Trimestrale	Semestrale
Addizionale di frazionamento	3%	2%	1%
Prestazione assicurata	Somma assicurata (€)		Premio di rata (€)
① GARANZIA PRINCIPALE			
Caso Morte			
② GARANZIE COMPLEMENTARI			
Morte da infortunio ¹			
Cancro&SPM ²			
Numero di rate per l'intera durata			*TOTALE PREMIO DI RATA
			*PREMIO DI PRIMA RATA

* Il costo di emissione della polizza di € 25,00 viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima rata.

¹ In caso di decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del contratto, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari designati una prestazione aggiuntiva di ammontare pari al 100% della prestazione assicurata relativa alla garanzia principale decesso per qualsiasi causa, con un massimo di € 600.000,00.

² Garanzia Cancro acquistabile esclusivamente in abbinamento alla garanzia principale, copre il rischio della prima diagnosi di cancro in costanza di assicurazione e consente di ottenere un secondo parere medico (SPM) in merito alla diagnosi e al metodo di cura.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata: ① a favore della Compagnia ② a favore dell'intermediario

Banca	Conto di addebito IBAN
☐ fattura proforma ☐ carta di credito ☐ autorizzazione permanente di addebito in conto corrente (Addebito SDD)*	
Mandato per addebito diretto SEPA	Conto di addebito IBAN

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: a) la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; b) la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia. Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

* Si rappresenta che l'Addebito SDD è previsto solo per il pagamento dei premi successivi o rate di premio successive al primo versamento. In tal caso, si chiede di indicare anche la modalità del primo pagamento del premio.

Data (gg/mm/aa)		Firma Contraente	
Data (gg/mm/aa)		Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)	

BENEFICIARI

AVVERTENZE:

- in caso di mancata designazione nominativa del/i Beneficiario/i, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o la revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.
- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.

Per le seguenti garanzie il Contraente designa i seguenti Beneficiari:

① GARANZIA PRINCIPALE - Caso Morte

Nome		Cognome		
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Indirizzo di residenza		CAP	Comune	Provincia, Stato
Telefono	E-mail		Codice fiscale	
Documento di riconoscimento	N° documento	Fine periodo di validità	Rilasciato da	Comune (o stato estero) ed ente di rilascio

② GARANZIE COMPLEMENTARI - Morte per infortuni

Nome		Cognome		
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Indirizzo di residenza		CAP	Comune	Provincia, Stato
Telefono	E-mail		Codice fiscale	
Documento di riconoscimento	N° documento	Fine periodo di validità	Rilasciato da	Comune (o stato estero) ed ente di rilascio

REFERENTE TERZO: Voglio indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari, che AGRAM LIFE dovrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato

Nome		Cognome	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia
Indirizzo di residenza	CAP	Comune	Provincia, Stato
Telefono	E-mail		Codice fiscale

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- 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 evidenza del costo a suo carico.
- Il Contratto viene assunto dalla Compagnia con modalità diverse a seconda dell'Età dell'Assicurato alla data di decorrenza delle coperture assicurative e del capitale assicurato.
- Si rende noto che gli eventuali originali delle visite mediche e degli esami clinici forniti alla Compagnia vengono da essa trattenuti a titolo definitivo poiché diventano parte integrante del Contratto.
- In caso di Contraente persona giuridica, dovrà essere compilato l'allegato alla presente proposta contenente le informazioni utili per l'identificazione del "titolare effettivo".
- Il Contratto prevede un periodo di carenza a partire dalla data di decorrenza del programma assicurativo qualora sia stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

ASSUNZIONE DEL RISCHIO - Questionario sanitario

AVVERTENZE:

- Resta inteso che, nel caso in cui dalla documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio. La Compagnia si riserva, inoltre, la facoltà di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti, oppure di richiedere la compilazione di appositi questionari finanziari.
- A seguito dell'entrata in vigore della legge sul diritto all'oblio oncologico del 7 dicembre 2023 n. 193, l'assicurato non è tenuto a dichiarare le informazioni relative a patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla data della sottoscrizione. Tale periodo è ridotto a cinque anni nel caso di patologia oncologica insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Si specifica che il periodo è ridotto per alcune patologie oncologiche, come previsto dalla legge summenzionata.
- Per quanto qui non osservato e specificato si richiama il documento allegato alla presente „Informativa in materia di oblio oncologico“.

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurando dichiara che:

① La differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in kg) è inferiore 80 o superiore a 120?	Altezza 	Peso 	SI ☐ NO ☐
In caso di risposta affermativa, è pregato di precisare il peso e l'altezza e se ha avuto una recente perdita o aumento di peso non dovuto a un nuovo regime alimentare:			SI ☐ NO ☐
② Abusa o ha mai abusato di alcolici e/o fumo o ha fatto uso di sostanze stupefacenti e/o di psicofarmaci?	SI ☐ NO ☐		
In caso di risposta affermativa, è pregato di fornire dettagli in merito all'abuso/all'uso dichiarato:			
③ Soffre o ha mai sofferto di una o più patologie che ha/anno richiesto e/o richiede/richiedono tuttora un trattamento farmacologico continuativo e/o follow up regolare anche in assenza di trattamento farmacologico diverse da quelle presenti nel seguente elenco? [Ipertensione arteriosa con valori pressori non superiori a 140/90, ipercolesterolemia con valori di colesterolo totale non superiore a 180 mg/dl e colesterolo HDL non inferiore a 45 mg/dl, ipertrofia prostatica benigna con valori di PSA nella norma, tiroidite di Hashimoto, talassemia e anemia da carenza di ferro cronica e diabete mellito tipo II con valori di HbA1c non superiori a 6.5%].	SI ☐ NO ☐		
In caso di risposta affermativa, è pregato di fornire dettagli in merito alla patologia e al trattamento farmacologico:			
④ Negli ultimi 10 anni ha subito interventi chirurgici diversi da quelli indicati nell'elenco di seguito riportato o è attualmente in lista di attesa o le è stato programmato un intervento diverso da quelli presenti nel seguente elenco? [Appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, safenectomia, varicectomia degli arti inferiori, varicocele, fimosi, lavaggio sinusale, decompressione del tunnel carpale, artroplastica (tra cui sostituzione articolare e artrodesi, osteotomia e chirurgia dell'anca/del ginocchio/della spalla) eseguita più di un anno fa senza alcuna complicazione, intervento sull'occhio con anestesia locale senza alcuna complicazione, intervento sull'orecchio a esclusione di qualsiasi neoplasia eseguito più di un anno fa senza alcuna complicazione, ernieomie addominali/inguinali (riparazione e/o sostituzione) eseguite più di un anno fa senza alcuna complicazione, emorroidectomia, settoplastica nasale, correzione alluce valgo - alluce a martello, meniscectomia, intervento chirurgico su tendini e legamenti senza alcuna complicazione, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica (cosmetica-ricostruttiva)]	SI ☐ NO ☐		
In caso di risposta affermativa, è pregato di fornire dettagli in merito all'intervento di cui sopra:			
⑤ Soffre di disturbi o di una sintomatologia persistente (quale per esempio dolori al petto, costipazione, sangue nelle feci, tosse cronica, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, astenia, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso ingiustificato, ingrossamento ghiandole linfatiche) per cui non ha ancora ricevuto una diagnosi e/o un trattamento ma è in attesa di sottoporsi ad un esame diagnostico o è ragionevole che debba fissarlo a breve o è in attesa di ricevere il relativo esito?	SI ☐ NO ☐		
In caso di risposta affermativa, è pregato di fornire dettagli in merito alla sintomatologia e/o esami di cui sopra:			

ASSUNZIONE DEL RISCHIO - Questionario sanitario

⑥ Soffre e/o ha sofferto di una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV, polmonite virale, sindrome acuta respiratoria?	SI ☐ NO ☐
⑦ Percepisce o ha in corso la richiesta per ottenere assegni o pensioni di invalidità pari o superiori al 33% derivanti da malattia o traumi riconosciuti da compagnie di assicurazione, INAIL, INPS o altri organi di previdenza e/o assistenza?	SI ☐ NO ☐
In caso di risposta affermativa, è pregato di fornire dettagli in merito all'invalidità di cui sopra:	

ASSUNZIONE DEL RISCHIO - Garanzia complementare "Rischio Cancro&SPM"

Io sottoscritto confermo di:

a) non avere in corso accertamenti diagnostici per sospetta diagnosi di tumore e/o cancro

b) non aver ricevuto una diagnosi negli ultimi 10 anni di tumore e/o cancro (compresi leucemia, linfoma e mieloma).

Data (gg/mm/aa)		Firma Contraente	
-----------------	-------------	------------------	-------------

ASSUNZIONE DEL RISCHIO - Stato di fumatore/non fumatore

Io sottoscritto dichiaro di:

- essere fumatore, ovvero di aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi o di aver smesso di fumare su consiglio medico;
- non essere fumatore, ovvero di non aver fumato (sigarette, sigari o pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi e di non aver smesso di fumare su consiglio medico.

Data (gg/mm/aa)		Firma Contraente (se Contraente persona fisica)	
Data (gg/mm/aa)		Firma Assicurato	

ASSUNZIONE DEL RISCHIO - Questionario Abitudini di vita

① L'Assicurando svolge la seguente professione:

1.1. è esposto ai seguenti pericoli? *(In caso affermativo, indicare una sola risposta)*

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m	SI ☐ NO ☐	Contatto con materiali esplosivi	SI ☐ NO ☐
Lavori con macchinari pericolosi	SI ☐ NO ☐	Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio	SI ☐ NO ☐

1.2. Nell'esercizio della sua professione è esposto ad altri rischi particolari?

Quali?	Frequenza	Precisazioni

② Pratica il/i seguente/i sport/s:

2.1. Nella pratica dello/degli sport/s è esposto ad altri rischi particolari?

Quali?	Frequenza	Precisazioni (dilettante, semiprofessionista, professionista)

③ Può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi?
(prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari?)

Quali?	Frequenza	Precisazioni

Data (gg/mm/aa)		Firma Assicurato	
-----------------	-------------	------------------	-------------

DICHIARAZIONI CONCLUSIVE

① Il Contraente e l'Assicurato:

- ✓ Dichiarano ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente proposta, nonché nel questionario per la raccolta di informazioni del cliente e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se apposte da altri.
- ✓ Sono consapevoli che tutte le informazioni ed i dati richiesti sono elementi essenziali e necessari per la corretta valutazione del rischio da parte della Compagnia e che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- ✓ Prosciogliono dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averli curati e/o visitati, nonché altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali la Compagnia, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- ✓ Sono consapevoli che la decisione sull'accettazione della presente proposta spetta unicamente alla Compagnia e che, qualora quest'ultima fosse costretta ad applicare una maggiorazione di premio, escludere determinate patologie, differire o rifiutare l'assicurazione proposta, non è tenuta a indicarne i motivi;
- ✓ Sono consapevoli che la presente proposta, con tutti i relativi allegati, non sarà restituita dalla Compagnia;
- ✓ Sono consapevoli che il programma assicurativo sarà attivo dalla data comunicata dalla Compagnia al Contraente con lettera di conferma;
- ✓ Qualora il pagamento della prima rata di premio dovesse essere effettuato successivamente, la data di decorrenza del programma assicurativo sarà quella del pagamento del premio.
- ✓ Dichiaro di aver preso esatta conoscenza delle condizioni di assicurazione contenute nel set informativo e di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cc, i seguenti articoli delle condizioni di assicurazione: art. 3 – Persone assicurabili, art. 5 – Verifica dello stato di non fumatore in Caso di Morte, art. 8 – Aggravamento del rischio per cambiamento di professione o di attività, art. 9 – Esclusioni, art. 10 – Limitazioni-Carenza, art. 11 – Modalità assuntive, art. 13 – Conclusione del contratto, art. 14 – Entrata in vigore dell'assicurazione, art. 15 – Durata dell'assicurazione, art. 18 - Premio, art. 19 – Mancato pagamento del premio: risoluzione, art. 20 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione, art. 21 – Obblighi in caso di sinistro, art. 22 - Beneficiari, art. 29 – Foro competente, art. 30 – Prestazioni assicurate, art. 31 – Esclusioni, art. 34 – Prestazioni assicurate, art. 36 – Definizione di cancro, art. 37 – Definizione del secondo parere medico (SPM), art. 38 – Obblighi in caso di sinistro (cancer risk – garanzia cancro), art. 39 – Obblighi in caso di sinistro (SPM), art. 40 – Limitazioni - Carenza, art. 41 - Premio, art. 42 – Durata dell'assicurazione della garanzia complementare – Garanzia Cancro&SPM.

Data (gg/mm/aa)		Firma Contraente	
Data (gg/mm/aa)		Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)	

② Il Contraente dichiara:

di essere	di non essere	Persona politicamente esposta
☐	☐	

Che i fondi da utilizzare per il pagamento dei premi hanno origine da:

Reddito da lavoro dipendente	Reddito da lavoro autonomo	Patrimonio personale	Altro
☐	☐	☐	☐

③ L'Assicurato dichiara:

di essere	di non essere	Persona politicamente esposta
☐	☐	

④ Informativa precontrattuale e contrattuale

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto, letto e compreso, copia dell'informativa precontrattuale e del set informativo relativo al prodotto assicurativo AGRAM LIFE – RISK^{PLUS} – Mod. AG-RRIT 23 Ed. 2024/05, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- ✓ di aver fornito alla Compagnia le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima della sottoscrizione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- ✓ di aver consegnato copia della predetta documentazione all'Assicurato, se persona diversa;
- ✓ di aver scelto, per la trasmissione della predetta documentazione e delle comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di contratto, la seguente modalità:

☐ e-mail ☐ cartacea ☐ consapevole della possibilità di cambiare tale modalità senza alcun costo a suo carico.

Data (gg/mm/aa)		Firma Contraente	
-----------------	----------------------	------------------	----------------------

REVOCA DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di revocare la presente proposta finché il contratto non sia concluso; ha, inoltre, diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso; quest'ultimo termine si estende a 60 giorni qualora il contratto di assicurazione sia connesso all'erogazione di un mutuo o altro contratto di finanziamento.

Il Diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto mediante raccomandata A.R. da inviare a AGRAM LIFE assicurazioni S.p.A. – Trnjanska cesta 108, 10000 Zagabria, Croazia, contenente gli elementi identificativi, rispettivamente, della proposta o del contratto. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivo eventualmente versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dei costi di emissione trattenuti in caso di recesso e delle eventuali imposte.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(da compilare se il Contraente coincide con l'Assicurato)

Il Sottoscritto, ai sensi della vigente normativa sulla privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.), dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della rappresentanza AGRAM LIFE assicurazioni S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.agramlife.it, nella sezione dedicata alla privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e la gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- ☐ Dà
- ☐ Nega il consenso al trattamento delle particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto
- ☐ Dà
- ☐ Nega il consenso a sottoporre i dati a profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate
- ☐ Dà
- ☐ Nega il consenso a essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato con modalità di contatto automatizzate o tradizionali.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(da compilare se il Contraente è una persona diversa dall'Assicurato)

Il Contraente, ai sensi della vigente normativa sulla privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della rappresentanza AGRAM LIFE assicurazioni S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.agramlife.it, nella sezione dedicata alla privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e la gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- ☐ Dà
- ☐ Nega il consenso a sottoporre i dati a profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate
- ☐ Dà
- ☐ Nega il consenso a essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato con modalità di contatto automatizzate o tradizionali.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

AVVERTENZE:

• La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Qualora l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché di dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(da compilare se il Contraente è una persona diversa dall'Assicurato)

L'Assicurato, ai sensi della vigente normativa sulla privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della rappresentanza AGRAM LIFE assicurazioni S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.agramlife.it, nella sezione dedicata alla privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto:

- ☐ **Dà**
- ☐ Nega il consenso al trattamento delle particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto
- ☐ **Dà**
- ☐ Nega il consenso a sottoporre i dati a profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate
- ☐ **Dà**
- ☐ Nega il consenso a essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato con modalità di contatto automatizzate o tradizionali.

Data (gg/mm/aa)

Firma del Contraente
(ovvero del Legale rappresentante)

Firma dell' Assicurato
(se diverso dal Contraente)

Dichiaro che i dati relativi alla presente proposta sono stati da me raccolti, di aver verificato l'identità del Contraente e dell'Assicurato, se diverso dal Contraente, e che la/e firma/e in calce alla presente proposta è/sono stata/e apposta/e in mia presenza.

Luogo

Data

Firma dell'Intermediario autorizzato

AGRAM LIFE osiguranje d.d. | AGRAM LIFE insurance Jsc | AGRAM LEBENSVERSICHERUNG AG | AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A.,
Trnjanska cesta 108, Zagreb, Croazia | Numero di registrazione in Croazia: 080151945

La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nella Repubblica di Croazia con provvedimento
n. UP/I-453-02/07-30/20 del 06.12.2007. e n. UP/I-453-02/13-30/15 del 06.09.2013.

emanato da Hrvatska Agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA)

La Compagnia è, altresì, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nei rami vita in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta nell'elenco annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS al n. II.01757. | www.agramlife.it

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Gentile Cliente,

Vi ringraziamo per la Vostra fiducia e con questa occasione confermiamo l'accettazione della Vostra offerta di assicurazione numero 12345678, e la stipulazione del contratto di assicurazione sulla vita. In questa occasione, per la Vostra documentazione, elenchiamo gli elementi essenziali del contratto che abbiamo stipulato.

Polizza n°:

Contraente:

BENEFICIARIO:

Caso Morte

Referente Terzo

Assicurando:

Morte da infortunio

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Data di decorrenza:

Durata anni:

Caratteristica contratto:

Frazionamento del premio:

Data di scadenza:

Codice Tariffa:

Condizioni di assicurazione operanti:

Numero di rate per l'intera durata:

PRESTAZIONE ASSICURATA	SOMMA ASSICURATE (€)	PREMIO DI RATA (€)
① Garanzia principale		
Caso Morte		
② Garanzie complementari		
Morte da infortunio ¹		
③ Garanzie complementari		
Cancro&SPM ²		
	TOTALE PREMIO DI RATA	
	PREMIO DI PRIMA RATA	

Il costo di emissione della polizza di € 25,00 viene addebitato una tantum sul premio lordo della prima rata.

La copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24.00 della data di decorrenza sopra indicata. Se il pagamento della prima rata di premio viene effettuato successivamente - fino ad un massimo di 6 mesi - la copertura assicurativa avrà effetto a partire dalle ore 24.00 della data di pagamento.

Le ricordiamo che il suo contratto di assicurazione, che la invitiamo a conservare, è costituito dalla presente Lettera di conferma, dalla proposta di assicurazione, dal set informativo, Le condizioni di assicurazione AG-RRIT 23 eventuali appendici previste.

Per questo contratto di assicurazione non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

¹ In caso di decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità del contratto, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari designati una prestazione aggiuntiva di ammontare pari al 100% della prestazione assicurata relativa alla garanzia principale decesso per qualsiasi causa.

² Garanzia cancro acquistabile esclusivamente in abbinamento alla garanzia principale, copre il rischio della prima diagnosi di cancro durante la durata dell'assicurazione e consente di ottenere un secondo parere medico (SPM) in merito alla diagnosi e al metodo di cura.

Per ogni chiarimento può rivolgersi al suo consulente assicurativo di fiducia oppure contattare il servizio clienti AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A. al numero +385 1 6292 643.

Data, 01.06.2025.

AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A.