



AG2R LA MONDIALE

PRESTIGIO
PROTECTION
KEY MAN

—

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.

SET INFORMATIVO:

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
A CAPITALE E A PREMI ANNUI COSTANTI.

Il presente Set Informativo contiene:

- DIP Vita;
- DIP Aggiuntivo Vita;
- Condizioni di Assicurazione (*contenenti il Glossario*);
- Modulo di Proposta;
- Questionario Medico;

e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione
del Modulo di Proposta.

Il presente Set Informativo è aggiornato al 01/07/2020.

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premi annui costanti

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



Impresa: LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.
Prodotto: Prestigio Protection Key Man

Il presente DIP Vita è stato realizzato il 01/07/2020 ed è l'ultimo disponibile

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

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e a premi annui costanti per tutta la durata del contratto.



Che cosa è Assicurato? Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazione Principale

Prestazione in caso di decesso: il prodotto offre una copertura assicurativa che opera in caso di decesso dell'Assicurato e che consiste nel pagamento del capitale assicurato in un'unica soluzione. L'importo del capitale assicurato può variare da un minimo di 500.000 euro ad un massimo di 10.000.000 euro. Tuttavia è possibile, tramite deroghe, assicurare un capitale di importo differente.

La garanzia principale può essere integrata mediante la seguente garanzia complementare.

Prestazione complementare

Prestazione in caso di decesso dovuto a infortunio: se espressamente richiesto, il prodotto offre una garanzia complementare che opera in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio e che consiste nel pagamento del doppio del capitale assicurato in un'unica soluzione. 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. Il limite massimo di capitale erogabile per la garanzia complementare è pari a 1.500.000 euro.



Che cosa non è assicurato?

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione della polizza deve essere compresa tra 18 anni e 75 anni non compiuti. L'assicurazione non prevede prestazioni in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della polizza. Qualora la Compagnia accerti che il decesso di un Assicurato dichiaratosi "Non Fumatore" sia dovuto a patologie causate, fra l'altro, dal consumo di tabacco e/o altri prodotti contenenti nicotina, non procederà alla liquidazione del capitale assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

La polizza prevede sia un periodo di carenza (*sospensione della copertura del rischio assicurato*) per suicidio, sia specifiche cause di esclusione che operano nei casi in cui la morte sia causata direttamente o indirettamente da determinate cause indicate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita. In relazione alla prestazione complementare, la somma assicurata viene corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre un 1 anno dalla data dell'infortunio, purché questo ne sia la causa diretta ed esclusiva e sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, e sempre che a tale data sia in vigore l'assicurazione complementare.



Dove vale la copertura?

Il rischio morte è coperto senza limiti territoriali.





Che obblighi ho?

Ai sensi degli articoli 1926 e 1898 del cod. civ., occorre informare la Compagnia tempestivamente di ogni fatto o circostanza relativa al mutamento della professione o dello stato tabagico dell'Assicurato o alla pratica, da parte dello stesso, di sport che comporti un aggravamento del rischio. È, inoltre, onere del Contraente dare tempestiva comunicazione alla Compagnia nel caso di spostamento della residenza fuori dal territorio italiano. Ai fini del pagamento delle prestazioni assicurate dalla polizza, dovrà essere inviata direttamente presso la Compagnia una richiesta da parte dell'avente diritto, corredata di tutti i documenti necessari per ciascun tipo di liquidazione, riportati nell'art. 7 (*“Modalità di richiesta per i pagamenti della Compagnia”*) delle Condizioni di Assicurazione e sul modulo di richiesta di liquidazione. In alternativa, il distributore presso la quale è stata conclusa la polizza è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

Il Contraente deve corrispondere un premio annuo, di importo costante e per tutta la durata della polizza. L'importo del premio è determinato in relazione alla durata della polizza, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato (*considerando l'età al compleanno più vicino*), al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (*professione, sport, ecc.*), alla sua condizione dello stato di Non Fumatore o Fumatore, nonché alla sottoscrizione della Garanzia Complementare Morte derivante da infortunio. Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dalla polizza, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. Il premio può anche essere frazionato in rate semestrali o trimestrali (*con applicazione di costi di frazionamento*).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza prevede una durata minima pari ad 1 anno ed una durata massima pari a 40 anni. Per durata della polizza si intende l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza della polizza, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative. La polizza entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto, alle ore 24 del giorno del detto versamento, che sarà indicato nelle Condizioni di Polizza inviate al Contraente. Se il versamento del premio o della prima rata di premio viene effettuato dopo tale data, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno di versamento. La conclusione della polizza è comunque subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sottoponga agli accertamenti medici obbligatori e agli eventuali ulteriori accertamenti richiesti dalla Compagnia per l'assunzione del rischio assicurativo.

La copertura si estingue: (i) al compimento del novantesimo (90°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta prima del compimento dei sessantasei (66) anni; (ii) al compimento dell'ottantesimo (80°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta contestualmente o successivamente al compimento dei sessantasei (66) anni.

La polizza, inoltre, si estingue in caso di esercizio del diritto di recesso, mancato pagamento del premio senza riattivazione della polizza, morte dell'Assicurato e scadenza.



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

Il Contraente può revocare la proposta prima della conclusione della polizza e può altresì recedere dalla polizza entro trenta (30) giorni dalla sua conclusione. Si rinvia al DIP aggiuntivo per gli aspetti di dettaglio.

Il Contraente ha la facoltà di risolvere la polizza sospendendo il pagamento dei premi. In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare la polizza entro determinati limiti. Si rinvia al DIP aggiuntivo per gli aspetti di dettaglio.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione. In caso di interruzione del versamento dei premi, la polizza potrà essere riattivata entro sessanta (60) giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta. Si rinvia al DIP aggiuntivo per gli aspetti di dettaglio.



Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premi annui costanti

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



Impresa: LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.
Prodotto: Prestigio Protection Key Man

Il presente DIP Aggiuntivo Vita è stato realizzato il 01/07/2020 ed è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita (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.

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., sede: Atrium Business Park, 23, Z.A. Bourmicht, L-8070 Bertrange - Luxembourg; tel.: +352 45 85 87-1; sito internet: www.lamondiale.lu; e-mail: servizioclienti@lamondiale.lu; PEC: lamondialeeuropartner@legalmail.it

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. è una Compagnia assicurativa di diritto lussemburghese, con sede legale in 23, Z.A. Bourmicht - L-8070 Bertrange - Granducato di Lussemburgo, indirizzo postale: BP 2122 - L-1021 Lussemburgo, tel.: +352 45 85 87-1, fax +352 45 87 18, sito internet: www.lamondiale.lu, e-mail servizioclienti@lamondiale.lu, R.C.S. Lussemburgo B 26334, TVA intracomunitaria LU 15041808, facente parte del gruppo AG2R LA MONDIALE ed operante in Italia tramite la propria sede secondaria di Milano, Foro Buonaparte 12, 20121 Milano (MI), tel.: +39.02.8690.990, sito internet: www.lamondiale.lu, e-mail: infoitalia@lamondiale.lu, PEC: lamondialeeuropartner@legalmail.it, con cui viene concluso il contratto. La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento dell'Autorità di Vigilanza lussemburghese ("Commissariat aux Assurances") del 21 settembre 1987 ed è iscritta al numero I.00120 nell'elenco delle imprese comunitarie operanti in Italia, annesso in appendice all'Albo delle Imprese di assicurazione. La Compagnia opera in Italia in regime di stabilimento ed è sottoposta, nello svolgimento della sua attività, al controllo della predetta Autorità di Vigilanza lussemburghese. La Compagnia può investire i premi in attivi non consentiti dalla normativa italiana in materia di assicurazioni sulla vita.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti (anno 2019), il patrimonio netto di LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. è di 227.854.932 euro, di cui 173.182.154 euro relativi al capitale sociale e 54.672.778 euro relativi al totale delle riserve patrimoniali. Per ulteriori informazioni, si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Compagnia (SFCR) disponibile sul sito internet della stessa (al seguente link: http://www.lamondiale.lu/ag2r/groupe_informations_financieres). Si specifica che l'importo del requisito patrimoniale di solvibilità è pari a 297.399.517 euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo è pari a 74.349.879 euro, l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è pari a 528.341.708 euro, e che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Compagnia è pari a 200%.

Al contratto si applica la Legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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





Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto previsto nel DIP Vita si precisa quanto segue.

È esclusa dall'assicurazione di cui alla Garanzia Principale (caso morte), la morte causata direttamente o indirettamente da:

- a. attività dolosa dell'Assicurato o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra;
- d. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f. suicidio, o tentato suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- g. abuso di alcool nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili;
- h. decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per il quale il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo aggiuntivo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- i. decesso avvenuto in qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane;

j. la pratica dei seguenti sport: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, corse automobilistiche e motociclistiche, fuoribordo, salto con gli sci o gli idrosci, sport aerei (come deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri e parapendio). Oltre alle esclusioni sopra previste per la Garanzia Principale (caso morte), sono esclusi dalla Garanzia

Complementare tutti i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- a. stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
- b. esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, sottaciuti alla Compagnia;
- c. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d. lo svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti ad organi di informazioni in attività all'estero, addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, antennista, operaio con lavoro su tetti o ponteggi ad altezze superiori ai 12 metri, operaio con utilizzo di macchinari pesanti, elettricista di impianti industriali, guide alpine;
- e. partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (*salvo che si tratti di gare di regolarità pura*) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (*salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo*);
- f. la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- g. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (*fissione e fusione nucleare, isotopi, radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.*);
- h. la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti con sci o idrosci, sport aerei (*ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio*).





Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Compagnia?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: le richieste di pagamento presentate alla Compagnia devono contenere:

- tutti i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e tutti gli aventi diritto;
- copia del documento d'identità e codice fiscale di tutti gli aventi diritto, nel caso in cui non siano già stati inviati alla Compagnia o siano scaduti.

In caso di decesso dell'Assicurato in corso di polizza dev'essere fornita la seguente documentazione medica:

- una copia del certificato di morte;
- rapporto del medico curante sulle cause di morte, redatto dal medico che ha curato l'Assicurato negli ultimi 5 anni prima della data di decorrenza della polizza;
- una copia della cartella clinica completa relativa alla prima ospedalizzazione dell'Assicurato, inclusa una copia degli esami medici (*ad esempio il referto istologico*), degli esami di laboratorio e dei controlli medici effettuati dall'Assicurato.

Nel caso in cui la predetta documentazione non risulti esaustiva per l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriori documenti (*ad esempio una copia della cartella clinica elettronica relativa agli ultimi cinque (5) anni precedenti all'emissione della polizza, con particolare riferimento alle seguenti sezioni: anamnesi patologica personale, ospedalizzazione o interventi chirurgici, trattamenti medici, sintesi delle patologie sofferte, esami di laboratorio, esami medici inclusi i risultati rilevanti*). Tutte le prove devono essere fornite in ordine cronologico. In assenza della cartella clinica elettronica, deve essere fornita, in ogni caso, una descrizione dettagliata della storia medica passata dell'Assicurato, limitata agli ultimi cinque (5) anni precedenti all'emissione della polizza.

In caso di decesso da infortunio o di suicidio, deve essere fornita la seguente documentazione medica:

- una copia del certificato di morte;
- una copia del rapporto della polizia che indica le cause e le circostanze sottostanti dell'evento;
- una copia dell'autopsia e dei risultati dei test tossicologici effettuati nella data dell'evento, se disponibile.

Prescrizione: i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta di liquidazione entro il suddetto termine, la Compagnia - in conformità a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni ed al ricorrere delle condizioni prescritte dalla relativa normativa di attuazione - è tenuta a devolvere le somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie.

Liquidazione della prestazione: la Compagnia eseguirà il pagamento della prestazione assicurativa a favore dell'avente diritto in un'unica soluzione, entro trenta (30) giorni dal ricevimento della documentazione completa, previo accertamento dell'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto saranno dovuti gli interessi moratori.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Si segnala che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti, rese dal Contraente o dall'Assicurato in fase di stipulazione della polizza, sulle circostanze che riguardano il rischio Assicurato, potrebbero compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 cod. civ.. In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali la Compagnia, se ne fosse stata a conoscenza, non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione della polizza, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia si riserva il diritto di:

a. quando esiste dolo o colpa grave:

- contestare la validità della polizza entro tre (3) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza o la reticenza della dichiarazione;
- rifiutare qualsiasi pagamento se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;

b. quando non esiste dolo o colpa grave:

- recedere dalla polizza entro tre (3) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza o la reticenza della dichiarazione;
- ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (*nell'ipotesi in cui il sinistro si verifici prima che la Compagnia conosca il vero stato delle cose, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di voler recedere dalla polizza*).

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.





Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Contraente deve corrispondere un premio annuo, di importo costante e per tutta la durata della polizza. L'importo del premio è determinato in relazione alla durata della polizza, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato (<i>considerando l'età al compleanno più vicino</i>), al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (<i>professione, sport, etc...</i>), alla sua condizione dello stato di Non Fumatore o Fumatore, nonché alla sottoscrizione della Garanzia Complementare Morte derivante da infortunio. Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dalla polizza, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. Il premio può anche essere frazionato in rate semestrali o trimestrali (<i>con applicazione di costi di frazionamento</i>).</p> <p>Se l'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, la Compagnia provvederà a rideterminare il premio annuo. Il nuovo premio viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età e alla durata della polizza in essere. Se l'Assicurato, dichiaratosi Fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, la Compagnia, provvederà a rideterminare il premio annuo da corrispondersi per garantire la copertura prevista.</p> <p>In ogni caso, la variazione dell'importo del premio ha effetto a partire dalla data di scadenza del primo premio o premio di rata successivi alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale.</p> <p>Se i premi non vengono pagati dal Contraente, a partire dal trentunesimo (31°) giorno di calendario successivo alla data di scadenza del pagamento non effettuato, la Compagnia si riserva il diritto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. addebitare gli interessi sui premi non pagati, calcolati a partire dalla data di pagamento non rispettata; b. risolvere la polizza tramite un preavviso scritto di dieci (10) giorni lavorativi inviato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o mediante PEC. <p>Scaduto detto periodo, la Compagnia sarà sollevata da ogni responsabilità sulla polizza, a partire dalla data di pagamento non rispettata e il Contraente continuerà comunque ad essere responsabile nei confronti della Compagnia per il pagamento di eventuali saldi non pagati per le polizze e degli interessi passivi alla data di risoluzione.</p>
Rimborso	<p>Il Contraente ha diritto al rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoca: la Compagnia rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta, senza detrazione di alcun costo; - Recesso: la Compagnia rimborserà al Contraente un importo pari al premio versato, al netto delle spese di emissione della polizza e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.
Sconti	Il prodotto non prevede sconti sul premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	<p>Il contratto prevede la sospensione delle garanzie in caso di interruzione del versamento dei premi. La riattivazione della polizza ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto, i valori contrattuali delle prestazioni, come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.</p> <p>La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente (<i>sempre che l'Assicurato sia in vita</i>) e previa accettazione scritta da parte della Compagnia, che può richiedere accertamenti medici e riservarsi l'accettazione in base al loro esito. La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati.</p>





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

Revoca	<p>Fino al momento in cui la polizza non è perfezionata il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A..</p> <p>La Compagnia, entro trenta (30) giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta, senza detrazione di alcun costo.</p>
Recesso	<p>Il Contraente può recedere dalla polizza entro trenta (30) giorni dalla sua conclusione.</p> <p>Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza a decorrere dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso da parte della Compagnia.</p> <p>Il Contraente, per esercitare il diritto di recesso, deve inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. entro trenta (30) giorni dal momento della conclusione della polizza. Entro trenta (30) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente un importo pari al premio versato, al netto delle spese di emissione della polizza e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.</p>
Risoluzione	<p>Il Contraente ha la facoltà di risolvere la polizza sospendendo il pagamento dei premi. In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare la polizza entro sessanta (60) giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta, previa accettazione della Compagnia.</p>



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>In caso di interruzione del versamento dei premi, la polizza potrà essere riattivata entro sessanta (60) giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta.</p> <p>Non sono previsti valori di riscatto e di riduzione.</p>
Richiesta di informazioni	<p>Il Contraente, al fine di ottenere informazioni, può contattare l'impresa ai seguenti recapiti: LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., Indirizzo postale B.P. 2122, L - 1021 Luxembourg. (telefono: +352 45 85 87-1, fax: +352 45 87 18, e-mail: servizioclienti@lamondiale.lu).</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone giuridiche residenti in Italia che hanno come esigenza principale quella di coprirsi dal rischio di decesso dell'Assicurato, una figura professionale che per competenza e capacità ricopre una funzione di rilievo nella società Contraente/Beneficiaria (c.d. Key Man).





Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

Su ciascun premio annuo versato, anche se frazionato, viene applicato un caricamento variabile a seconda dell'età dell'Assicurato. Tale caricamento è indipendente dall'ammontare del capitale assicurato, dal sesso dell'Assicurato e dalla durata contrattuale.

Descrizione	Età dell'Assicurato	Percentuale
Caricamento sul premio	Compresa tra 18 e 40 anni	50%
	Compresa tra 41 e 50 anni	45%
	A partire da 51 anni	40%

Nel caso in cui i premi vengano corrisposti in rate subannuali si applicano costi aggiuntivi di frazionamento, pari a:

Frazionamento del premio	Semestrale	Trimestrale
Costo aggiuntivo sul premio annuo	+ 1,5%	+ 2,5%

Il costo delle visite mediche sostenute dall'Assicurato per la sottoscrizione è a carico della Compagnia fino ad un massimo pari a 1.000,00 euro.

Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza, in relazione ai costi sul premio sopra indicati, della quota parte percepita in media dagli intermediari.

Tipo costo	Misura costo	Quota parte percepita dagli Intermediari
Caricamento sul premio	Compreso tra il 40% e il 50%	A scelta dell'intermediario, pari al massimo al 100% per il primo premio annuo oppure al massimo al 15% per ciascun premio annuo

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali contestazioni relative al rapporto assicurativo vanno presentate per iscritto, allegando copia fronte-retro di un valido documento d'identità, all'Ufficio competente della Compagnia, di cui si riportano di seguito i recapiti: LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. - Servizio reclami Foro Buonaparte 12, 20121 Milano I reclami verranno riscontrati entro quarantacinque (45) giorni dalla data di ricezione. Le richieste di informazioni, di chiarimenti o di esecuzione della polizza non verranno trattati come reclami e verranno evase dai pertinenti uffici della Compagnia.
All'IVASS	In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte della Compagnia entro quarantacinque (45) giorni dalla data di ricezione, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06-42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su www.ivass.it . Nel caso in cui il reclamo presentato alla Compagnia assicuratrice abbia esito insoddisfacente, è possibile rivolgersi anche al Commissariat aux Assurances, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, mail: caa@caa.lu , tel. (+352) 22 69 11 - 1.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/fin-net).



REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Al momento della redazione del presente documento, il regime fiscale applicabile al contratto è il seguente:

- **detrazione fiscale dei premi:**

I premi versati per la copertura del rischio morte sono deducibili dal reddito di impresa se risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile (c.d. *principio di inerenza all'attività di impresa ex art. 109, comma 5 del DPR 917/1986 - c.d. TUIR - e successive modifiche ed integrazioni*).

- **tassazione delle prestazioni assicurate:**

Le somme ricevute per effetto della sottoscrizione della polizza contratto concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione ai fini IRES e IRAP: in questo caso non si applica l'imposta sostitutiva ma quella a titolo di acconto ai sensi dell'art. 3, comma 113 della legge 549/1995.

LA COMPAGNIA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il presente documento riporta dati aggiornati alla data del 01/07/2020.

INDICE

GLOSSARIO

DISPOSIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA

Articolo 1 - Oggetto del contratto

Articolo 2 - Diritto applicabile, foro competente e regime fiscale

Articolo 3 - Istituto di vigilanza

Articolo 4 - Riservatezza dei dati personali - Utilizzazione dei dati personali

SOTTOSCRIZIONE E PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 5 - Prestazioni assicurate

Articolo 6 - Definizione di Assicurato Non Fumatore

Articolo 7 - Requisiti soggettivi di assicurabilità

Articolo 8 - Conclusione della polizza

Articolo 9 - Entrata in vigore della polizza

Articolo 10 - Durata della polizza

Articolo 11 - Beneficiario

Articolo 12 - Revoca, recesso e risoluzione della polizza

Articolo 13 - Valore di riscatto e riduzione

Articolo 14 - Reclami

VERSAMENTI

Articolo 15 - Versamento dei premi

Articolo 16 - Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Articolo 17 - Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

ALTRE VICENDE CONTRATTUALI

Articolo 18 - Modalità di richiesta per i pagamenti della Compagnia

Articolo 19 - Cessione, pegno e vincolo

Articolo 20 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

COSTI

Articolo 21 - Costi

Articolo 22 - Sconti

Articolo 23 - Conflitto di interessi

COMUNICAZIONI E INFORMATIVE IN CORSO DI CONTRATTO

Articolo 24 - Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Articolo 25 - Informative della Compagnia al Cliente

ALLEGATO 1 - DOCUMENTAZIONE SANITARIA

INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

La polizza, così come ogni documento ad essa allegato, sono redatti in lingua italiana, salvo diverso accordo tra le parti.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRESTIGIO PROTECTION KEY MAN

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premi annui costanti

GLOSSARIO

Appendice

Documento che forma parte integrante della polizza e che viene emesso unitamente o in seguito a questa per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso previamente concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulata la polizza, che può coincidere o meno con il Contraente. Le prestazioni previste dalla polizza sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dalla polizza quando si verifica l'evento Assicurato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie della polizza di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento Assicurato avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi amministrativi della Compagnia e della distribuzione.

Cessione, pegno e vincolo

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere la polizza a terzi, così come di darla in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti prendono efficacia nel momento in cui la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sulla polizza o su un'appendice della stessa. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Compagnia

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia di assicurazione o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula la polizza di assicurazione.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano la polizza di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti della polizza.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula la polizza di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Costi (o Spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui la polizza ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione della polizza di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento della polizza o recedere dalla stessa, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o meno intenzionalmente o gravemente negligente.

DIP Vita e DIP Vita aggiuntivo

Documenti redatti secondo le disposizioni dell'IVASS, che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, che contengono informazioni relative alla Compagnia, alla polizza stessa e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Durata contrattuale

L'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza e quella di scadenza della stessa, durante la quale la polizza è efficace.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole della polizza di assicurazione.

Garanzia Principale

Garanzia prevista dalla polizza in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata



al Beneficiario. Nella presente polizza si tratta di un'assicurazione temporanea caso morte. Ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Impignorabilità e insequestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva e cautelare.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Modulo di proposta

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

Perfezionamento della polizza

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere secondo un piano di versamenti previsto dalla polizza.

Premio frazionato

Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni trimestre o semestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia applica una maggiorazione, ossia i cosiddetti costi addizionali di frazionamento.

Prestazione assicurata

Somma pagabile sotto forma di capitale che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento Assicurato.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza della polizza

Modulo costituito da domande sulla situazione finanziaria dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con la polizza di assicurazione.

Rapporto di visita medica

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con la polizza di assicurazione.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dalla polizza e farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del Contraente di recedere dalla proposta prima della conclusione della polizza.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli aventi diritto. La Legge impone alle Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da DIP, Vita, DIP Vita aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di proposta.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto della polizza e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

- Riferirsi alla voce "Compagnia".

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (*sovrappremio sanitario*) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (*sovrappremio professionale o sportivo*).

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi della polizza di assicurazione, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un'appendice di polizza, dove devono essere indicati, in particolare, tutti gli elementi modificati rispetto alla polizza trasformata.



DISPOSIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA

Articolo 1 – OGGETTO DEL CONTRATTO

PRESTIGIO PROTECTION KEY MAN è un contratto di assicurazione sulla vita temporanea per il caso di morte emesso da LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. PRESTIGIO PROTECTION prevede il pagamento di un capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga.

Articolo 2 – DIRITTO APPLICABILE, FORO COMPETENTE E REGIME FISCALE

DIRITTO APPLICABILE

PRESTIGIO PROTECTION KEY MAN è un contratto di diritto italiano, la cui validità ed esecuzione sono regolate dal diritto italiano.

FORO COMPETENTE

Il foro competente per qualsiasi controversia inerente alla polizza è il foro di residenza o domicilio elettivo del Contraente (Art. 66 bis Codice del Consumo).

REGIME FISCALE

La polizza è rivolta a Contraenti residenti in Italia. Il regime fiscale applicabile è quello italiano, che non prevede imposizioni sui premi versati. Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente entro trenta (30) giorni alla Compagnia lo spostamento della residenza o sede in altro Stato. Il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato alla Compagnia in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato di nuova residenza.

Detrazione fiscale dei premi

I premi versati per la copertura del rischio morte sono deducibili dal reddito di impresa se risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile (c.d. principio di inerenza all'attività di impresa ex art. 109 comma 5 DPR 917/1986 - c.d. TUIR - e successive modifiche ed integrazioni).

È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme ricevute per effetto della sottoscrizione del presente contratto concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione ai fini IRES e IRAP: in questo caso non si applica l'imposta sostitutiva ma quella a titolo di acconto ai sensi dell'art. 3 comma 113 Legge 549/1995.

Articolo 3 – ISTITUTO DI VIGILANZA

La Compagnia è sottoposta al controllo del Commissariat aux Assurances, avente sede al 7, Boulevard Joseph II, L-1840 Lussemburgo.

Articolo 4 – RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI - UTILIZZAZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (*di seguito, "Regolamento generale sulla protezione dei dati"*), i dati personali sono raccolti e trattati da LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., Compagnia di assicurazione, membro di AG2R LA MONDIALE, ai fini della stipula, della gestione e dell'esecuzione della polizza assicurativa. I dati utilizzati sono:

- dati relativi all'età, alla situazione familiare o professionale e alla salute del Contraente, necessari per valutare le sue esigenze e il suo profilo, al fine di proporgli prodotti e servizi adeguati;
- informazioni sui redditi del Contraente, sul suo patrimonio e sui suoi investimenti, per valutare le sue esigenze e il suo profilo di investitore, al fine di proporgli prodotti, supporti di investimento e servizi finanziari adeguati;
- i contatti e le informazioni bancarie del Contraente, per la gestione amministrativa, tecnica e commerciale della sua polizza e dei servizi correlati.

I dati possono essere inoltre utilizzati per perseguire gli interessi legittimi di protezione e di sviluppo delle attività della Compagnia e il miglioramento continuo dei prodotti e servizi offerti ai clienti attraverso:

- l'adempimento di analisi e studi relativi al funzionamento delle polizze per sviluppare nuove offerte di prodotti assicurativi;
- la lotta contro la frode, in particolare a partire dall'individuazione di anomalie nell'operatività delle polizze, che potranno portare all'iscrizione in un elenco di persone a un rischio di frode.

I dati sono infine trattati per soddisfare gli obblighi legali e normativi della Compagnia, tra cui:

- la lotta contro il riciclaggio di denaro ed il finanziamento del terrorismo;
- le dichiarazioni obbligatorie presso le autorità e amministrazioni pubbliche.

La Compagnia potrà avere la necessità di sviluppare trattamenti automatizzati o di profilazione basati sull'analisi dei dati personali del Contraente, in particolare per rispondere ai propri obblighi di consulenza, di determinare garanzie, investimenti o prestazioni, e di proporre polizze e servizi adeguati.

I dati necessari per la gestione della polizza e dei servizi correlati sono conservati per la durata della polizza e fino alla scadenza dei termini di prescrizione legali.

Le informazioni presentate come obbligatorie sono necessarie per la buona esecuzione delle operazioni previste dalla polizza e la loro assenza potrebbe implicare il rifiuto di tali operazioni da parte della Compagnia.

Nell'ambito delle operazioni di trattamento, il Contraente autorizza la Compagnia a comunicare tali dati ai servizi in relazione con lui e i suoi aventi diritto, ai membri di AG2R LA MONDIALE, a terzi, partner, intermediari assicurativi, mandatari, assicuratori e riassicuratori impegnati nella realizzazione delle finalità summenzionate, ai professionisti del settore finanziario o assicurativo, nonché agli organismi cui la Compagnia è legalmente tenuta a comunicare tali dati,



secondo le modalità e condizioni fissate nell'articolo 300 della legge del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo, che regola il segreto professionale in materia di assicurazioni e/o in conformità con i mandati ricevuti.

Il Contraente potrà inoltre autorizzare la Compagnia a comunicare determinati dati a qualsiasi soggetto terzo, mediante un apposito mandato di comunicazione.

Diritti del Contraente

Il Contraente dispone del diritto di accesso, rettifica, cancellazione e portabilità dei propri dati. Egli potrà quindi, a determinate condizioni, chiedere la limitazione di un trattamento o opporsi al suo adempimento.

Tali diritti possono essere esercitati inviando una lettera corredata da un giustificativo di identità a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., all'attenzione del Delegato alla protezione dei dati, 23, Z.A. Bourmicht, L-8070 BERTRANGE (LUSSEMBURGO) o tramite e-mail a dpo@lamondiale.lu. Nondimeno, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati leda in qualche modo i suoi diritti, il Contraente ha la facoltà di presentare un reclamo alla **COMMISSION NATIONALE POUR LA PROTECTION DES DONNÉES (CNPD), 1 AVENUE DU ROCK'N'ROLL, L-4361 ESCH-SUR-ALZETTE (LUSSEMBURGO).**

Per sapere di più sulla politica di protezione dei dati personali di LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.:
http://www.lamondiale.lu/ag2r/mentions_legales

SOTTOSCRIZIONE E PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 5 – PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente assicurazione viene stipulata da LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., di seguito denominata "la Compagnia" sulla base delle dichiarazioni rese e firmate dal Contraente e Assicurato nella polizza e negli altri documenti costituenti parti essenziali della polizza. Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dai contenuti del Set Informativo e dalle comunicazioni da essa firmate. Per tutto quanto non espressamente regolato dalla polizza, valgono le norme di Legge.

La Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, il capitale assicurato, che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione, a condizione che la polizza risulti in regola con il versamento dei premi.

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

La presente polizza prevede una durata minima pari ad un (1) anno ed una durata massima pari a quaranta (40) anni.

Per durata della polizza si intende l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza della polizza, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative. L'importo del capitale assicurato può variare da un minimo di 500.000 euro ad un massimo di 10.000.000 euro. Tuttavia è possibile, tramite deroga, assicurare un capitale di importo differente.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione della polizza deve essere compresa tra diciotto (18) anni e settantacinque (75) anni non compiuti.

La copertura si estingue al compimento del novantesimo (90°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta prima del compimento dei sessantasei (66) anni. La copertura si estingue al compimento dell'ottantesimo (80°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta contestualmente o successivamente al compimento dei sessantasei (66) anni.

Rischio di morte

La copertura assicurativa è garantita qualunque sia la causa della morte, fatto salvo le esclusioni e le limitazioni di seguito specificate.

Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata direttamente o indirettamente da:

- attività dolosa dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, o tentato suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- abuso di alcool nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per il quale il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo aggiuntivo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane;
- la pratica dei seguenti sport: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, corse automobilistiche e motociclistiche, fuoribordo, salto con gli sci o gli idrosci, sport aerei (*come deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri e parapendio*).

Garanzia Complementare Morte derivante da infortunio

La Garanzia Principale può essere integrata, al momento della sottoscrizione della polizza, su richiesta del Contraente, dalla Garanzia Complementare Morte derivante da infortunio.

La Garanzia Complementare è operante solo se espressamente indicata in polizza.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia si impegna a pagare ai Beneficiari designati dal Contraente o agli aventi diritto il doppio del capitale assicurato dalla Garanzia Principale indicato in polizza.



Il limite massimo di capitale erogabile per la Garanzia Complementare è pari a 1.500.000 euro.

A questa garanzia si applicano le disposizioni previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

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.

La somma assicurata verrà corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre un (1) anno dalla data dell'infortunio, purché questo ne sia la causa diretta ed esclusiva e sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, e sempre che a tale data sia in vigore l'assicurazione complementare.

Sono considerati come 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, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (*comprese quelle tetaniche*) conseguenti ad infortuni garantiti ai termini delle presenti condizioni particolari;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie in seguito ad un infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia Principale (caso morte), sono esclusi dalla presente Garanzia Complementare tutti i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
- b) esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, sottaciuti alla Compagnia;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari di infortunio;
- d) lo svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (*non di linea*), addetti ad organi di informazioni in attività all'estero, addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, antennista, operaio con lavoro su tetti o ponteggi ad altezze superiori ai dodici (12) metri, operaio con utilizzo di macchinari pesanti, elettricista di impianti industriali, guide alpine;

e) partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (*salvo che si tratti di gare di regolarità pura*) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (*salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo*);

- f) la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (*fissione e fusione nucleare, isotopi, radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.*);
- h) la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti con sci o idrosci, sport aerei (*ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio*).

Il Contraente deve versare i relativi premi annui di importo costante e indicato in polizza. Essi devono essere corrisposti insieme e con le stesse modalità previste per la Garanzia Principale.

La Garanzia Complementare si estingue:

- in caso di sospensione del versamento dei premi;
- alla scadenza stabilita in polizza.

Valutazione del rischio

La copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

Nella valutazione preventiva del rischio da parte della Compagnia, riveste particolare importanza il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo: il Contraente beneficia infatti di una riduzione del premio qualora l'Assicurato non sia fumatore.

La stipulazione della polizza richiede il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato, che dovrà essere certificato tramite visita medica. Tali accertamenti non escludono, in fase assuntiva, l'obbligo del Contraente di compilare il Questionario Finanziario compreso nel Modulo di Proposta.

L'Assicurato ha due possibilità:

- opzione Classic, attraverso la scelta autonoma della struttura presso la quale svolgere le analisi mediche. La Compagnia provvede poi, dietro presentazione della relativa documentazione e fatture, al successivo rimborso delle spese sostenute con un massimale pari a 1.000,00 euro;
- opzione Premium, che prevede il supporto di una società specializzata e la rimessa diretta delle spese sostenute. Tale società si occuperà della prenotazione della visita medica presso strutture convenzionate, nonché della gestione degli aspetti amministrativi e logistici. Anche in questo caso, il massimale delle spese direttamente sostenute dalla Compagnia è pari a 1.000,00 euro.

Il medico redige il Rapporto di Visita Medica da trasmettere alla Compagnia.

Gli accertamenti medici richiesti per l'assunzione del rischio sono riportati nella tabella relativa (*cfr. Allegato 1*). Una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta, la Compagnia fornirà tempestivamente un riscontro al Contraente.



Si segnala che:

- in base alle informazioni raccolte, la Compagnia potrà richiedere ulteriore documentazione e/o ulteriori accertamenti, al fine di poter correttamente valutare il rischio;
- nel caso in cui dal Rapporto di Visita Medica e dagli eventuali ulteriori accertamenti emergano patologie di rilievo dell'Assicurato, la Compagnia potrà rifiutare l'assunzione del rischio ovvero stabilire particolari condizioni di accettazione dello stesso. Tali condizioni possono prevedere l'applicazione di sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;
- la Compagnia, a seguito degli accertamenti medici svolti, si riserva la possibilità di rifiutare la sottoscrizione della polizza.

Si segnala inoltre che eventuali sovrappremi e/o esclusioni possono essere applicati anche nel caso in cui l'Assicurato svolga attività sportive o professionali particolari.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Si segnala che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti, rese dal Contraente o dall'Assicurato in fase di stipulazione della polizza, sulle circostanze che riguardano il rischio assicurato, potrebbero compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi dell'art. 1892 e 1893 cod. civ.

Aggravamento del rischio

Ai sensi degli artt. 1898 e 1926 cod. civ. l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni fatto o circostanza relativa a mutamento della professione, della pratica di sport pericolosi e dello stato tabagico dell'Assicurato, entro trenta (30) giorni.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti il comportamento dell'Assicurato relativamente a fatti o circostanze tali da comportare un aggravamento del rischio, la Compagnia si riserva di applicare quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 cod. civ..

Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali la Compagnia, se ne fosse stata a conoscenza, non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione della polizza, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia si riserva il diritto di:

- a) quando esiste dolo o colpa grave:
 - contestare la validità della polizza entro tre (3) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza o la reticenza della dichiarazione;
 - rifiutare qualsiasi pagamento se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- b) quando non esiste dolo o colpa grave:
 - recedere dalla polizza entro tre (3) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza o la reticenza della dichiarazione;

- ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose *(nell'ipotesi in cui il sinistro si verifici prima che la Compagnia conosca il vero stato delle cose, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di voler recedere dalla polizza)*.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

La presente polizza è soggetta alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, che non prevedono imposizioni sui premi versati.

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente *(entro trenta (30) giorni)* alla Compagnia lo spostamento di residenza o sede in altro Stato.

Il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato alla Compagnia in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato di nuova residenza.

Articolo 6 – DEFINIZIONE DI ASSICURATO NON FUMATORE

Ai fini della presente copertura l'Assicurato è definito Non Fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigari e/o pipa, sigarette elettroniche);
- ha smesso di fumare da almeno ventiquattro (24) mesi al momento della sottoscrizione della polizza.

Nel caso in cui, in corso di polizza, cambiasse lo stato tabagico dell'Assicurato, quest'ultimo e/o il Contraente è obbligato ad informare la Compagnia a mezzo PEC e/o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. La Compagnia, dopo aver ricevuto la notifica della modifica dello stato di fumatore, ricalcolerà l'ammontare del premio in base all'età dell'Assicurato e alla durata della polizza. La Compagnia prenderà atto di tale passaggio di stato mediante Appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione. In ogni caso, qualora la Compagnia accerti che il decesso di un Assicurato dichiaratosi "Non Fumatore" sia dovuto a patologie causate, fra l'altro, dal consumo di tabacco e/o altri prodotti contenenti nicotina, non procederà alla liquidazione del capitale assicurato.

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 ed il Contraente sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro trenta (30) giorni. In tal caso la Compagnia provvederà a rideterminare il premio annuo. Il nuovo premio viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età e alla durata della polizza in essere.

La variazione dell'importo del premio ha effetto a partire dalla data di scadenza del primo premio o premio di rata successivi alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale.



Con effetto dalla medesima data di scadenza, la polizza si risolverà di diritto se, decorso un mese dal ricevimento della comunicazione, l'appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

In caso di mancata comunicazione del cambiamento delle abitudini al fumo dell'Assicurato, la Compagnia in caso di sinistro agirà come previsto dall'art. 1898 cod. civ..

Passaggio dallo stato di Fumatore a quello di Non Fumatore

Se l'Assicurato, dichiaratosi Fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo ed il Contraente possono darne comunicazione scritta alla Compagnia.

In tale caso la Compagnia, dopo ventiquattro (24) mesi dalla dichiarazione del passaggio da Fumatore a Non Fumatore e dopo il referto medico, provvederà a rideterminare il premio annuo da corrispondersi per garantire la copertura prevista.

La variazione ha effetto a partire dal primo premio o premio di rata aventi scadenza 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 espresso nel precedente paragrafo.

In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia si riserva la facoltà di verificare l'effettiva permanenza dello stato di Non Fumatore dell'Assicurato, richiedendo, ai fini del pagamento ai Beneficiari del capitale assicurato, la documentazione di carattere sanitario che fosse necessaria per la suddetta verifica. A tal fine l'Assicurato deve preventivamente consentire alla Compagnia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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 agirà come previsto dall'art. 1898 cod. civ..

In ogni caso, qualora la Compagnia accerti che il decesso di un Assicurato dichiaratosi "Non Fumatore" sia dovuto a patologie causate, fra l'altro, dal consumo di tabacco e/o altri prodotti contenenti nicotina, non procederà alla liquidazione del capitale assicurato.

Articolo 7 – REQUISITI SOGGETTIVI DI ASSICURABILITÀ

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione della polizza deve essere compresa tra diciotto (18) anni e settantacinque (75) anni non compiuti.

La copertura si estingue al compimento del novantesimo (90°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta prima del compimento dei sessantasei (66) anni. La copertura si estingue al compimento dell'ottantesimo (80°) anno di età dell'Assicurato se la sottoscrizione è avvenuta contestualmente o successivamente al compimento dei sessantasei (66) anni.

Articolo 8 – CONCLUSIONE DELLA POLIZZA

La polizza si considera conclusa quando:

- la Compagnia abbia ricevuto il Modulo di proposta debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, completo di tutti i documenti richiesti dalla Compagnia;
- la Compagnia abbia accettato di assicurare il rischio;
- il premio sia stato versato ed accreditato e reso disponibile per la Compagnia.

Articolo 9 – ENTRATA IN VIGORE DELLA POLIZZA

La polizza entra in vigore, a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto, alle ore 24 del giorno del detto versamento, che sarà indicato nel Documento di Polizza inviato al Contraente. Se il versamento del premio o della prima rata di premio viene effettuato dopo tale data, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno di versamento.

La conclusione della polizza è comunque subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sottoponga agli accertamenti medici obbligatori e agli eventuali ulteriori accertamenti richiesti dalla Compagnia per l'assunzione del rischio assicurativo, indicati nella tabella di cui all'Allegato 1.

Articolo 10 – DURATA DELLA POLIZZA

La durata della polizza è pari all'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza scelte dal Contraente. La presente polizza prevede una durata minima di un (1) anno e una durata massima di quaranta (40) anni.

Articolo 11 – BENEFICIARIO

Beneficiario della polizza è il Contraente, ovvero la persona giuridica presso la quale lavora il Key Man.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata.

Diritti del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi della Compagnia (art. 1920 cod. civ.).

Articolo 12 – REVOCA, RECESSO E RISOLUZIONE DELLA POLIZZA

Revoca

Fino al momento in cui la polizza non è perfezionata il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.. La Compagnia, entro trenta (30) giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta, senza detrazione di alcun costo.



Recesso

Il Contraente può recedere dalla polizza entro trenta (30) giorni dalla sua conclusione. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza a decorrere dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso da parte della Compagnia. Il Contraente, per esercitare il diritto di recesso, deve inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. entro trenta (30) giorni dal momento della conclusione della polizza. Entro trenta (30) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente un importo pari al premio versato, al netto delle spese di emissione della polizza e della parte a copertura del rischio corso nel periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

Risoluzione

Il Contraente ha la facoltà di risolvere la polizza sospendendo il pagamento dei premi. L'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente. Si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 6 "Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione" delle Condizioni di Assicurazione. In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare la polizza entro determinati limiti. Si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 7 "Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione" delle Condizioni di Assicurazione.

La polizza si estingue altresì nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso;
- morte dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato compie il novantesimo (90°) anno di età, se la sottoscrizione è avvenuta prima del compimento dei sessantasei (66) anni dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato compie l'ottantesimo (80°) anno di età, se la sottoscrizione è avvenuta contestualmente o successivamente al compimento dei sessantasei (66) anni dell'Assicurato;
- scadenza.

La polizza estinta non può essere riattivata.

Articolo 13 - VALORE DI RISCATTO E RIDUZIONE

La polizza non prevede la possibilità di esercitare il diritto di riscatto né la riduzione delle prestazioni.

Articolo 14 - RECLAMI

Eventuali contestazioni relative al rapporto assicurativo vanno presentate per iscritto, allegando copia fronte-retro di un valido documento d'identità, all'Ufficio competente della Compagnia, di cui si riportano di seguito i recapiti:

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. Servizio Reclami
Foro Buonaparte 12, 20121 Milano

I reclami verranno riscontrati entro quarantacinque (45) giorni dalla data di ricezione.

Le richieste di informazioni, di chiarimenti o di esecuzione della polizza non verranno trattati come reclami e verranno evase dai pertinenti uffici della Compagnia.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte della Compagnia entro quarantacinque (45) giorni dalla data di ricezione, il

reclamante potrà presentare formale reclamo a:

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Fax: 06.42.133.745 - 06.42.133.353

utilizzando l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami, disponibile sul sito dell'Autorità al seguente link:

http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf

avendo cura di allegare copia del reclamo presentato all'impresa e del relativo riscontro.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, è necessario ricorrere alla mediazione obbligatoria prevista dall'art. 5 D. Lgs. n. 28/2010, così come modificato dall'art. 84 L. n. 98/2013, in quanto prevista dalla legge come condizione di procedibilità nelle controversie in materia assicurativa, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa, prevista dal D.L. n. 132/2014, convertito in L. n. 162/2014, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa, prevista dal D.L. n. 132/2014, convertito in L. n. 162/2014.

VERSAMENTI

Articolo 15 - VERSAMENTO DEI PREMI

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui di importo costante per tutta la durata contrattuale, pagati in via anticipata e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. L'importo del premio è determinato in relazione alla durata della polizza, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato (*considerando l'età al compleanno più vicino*), al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita (*professione, sport, ecc.*) e alla condizione dello stato tabagico dell'Assicurato, nonché alla sottoscrizione della Garanzia Complementare Morte derivante da infortunio. Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dalla polizza, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

A seconda della tariffa prescelta, il Contraente deve corrispondere un premio, di importo costante e per tutta la durata della polizza, che può essere annuo, trimestrale o semestrale.

La Compagnia accetta il pagamento dei premi esclusivamente tramite bonifico bancario.

I premi annui possono essere corrisposti nella rateazione semestrale o trimestrale; in tal caso ciascun premio annuo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento, come da tabella seguente:

Frazionamento del premio	Semestrale	Trimestrale
Costo addizionale sul premio annuo	+ 1,5%	+ 2,5%



Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, è sempre dovuto per intero.

Le rate devono essere pagate alle scadenze pattuite. L'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente. Si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 16 "Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione" delle Condizioni di Assicurazione. A giustificazione del mancato pagamento il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 16 - INTERRUZIONE DEL PIANO DI VERSAMENTO DEI PREMI: RISOLUZIONE

Se i premi non vengono pagati dal Contraente, a partire dal trentunesimo (31°) giorno di calendario successivo alla data di scadenza del pagamento non effettuato, la Compagnia si riserva il diritto di:

- a) addebitare gli interessi sui premi non pagati, calcolati a partire dalla data di pagamento non rispettata;
- b) risolvere la polizza tramite un preavviso scritto di dieci (10) giorni lavorativi inviato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o mediante PEC.

Scaduto tale termine, la Compagnia sarà sollevata da ogni responsabilità sulla polizza, a partire dalla data di pagamento non rispettata.

Scaduto il periodo di preavviso di dieci (10) giorni lavorativi, il Contraente continuerà comunque ad essere responsabile nei confronti della Compagnia per il pagamento di eventuali saldi non pagati per le polizze e degli interessi passivi alla data di risoluzione.

Articolo 17 - RIPRESA DEL PIANO DI VERSAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

In caso di interruzione del versamento dei premi, la polizza potrà essere riattivata entro sessanta (60) giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta.

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

La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente (*sempre che l'Assicurato sia in vita*) e previa accettazione scritta da parte della Compagnia, che può richiedere accertamenti medici (*i cui costi rimangono interamente a carico del Contraente*) e riservarsi l'accettazione in base al loro esito. La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati.

ALTRE VICENDE CONTRATTUALI

Articolo 18 - MODALITÀ DI RICHIESTA PER I PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA

Ai fini del pagamento delle prestazioni assicurate dalla polizza, dovrà essere inviata direttamente presso la Compagnia una richiesta da parte dell'avente diritto contenente:

- tutti i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e tutti gli aventi diritto;
- copia del documento d'identità e codice fiscale di tutti gli aventi diritto, nel caso in cui non siano già stati inviati alla Compagnia o siano scaduti.

In caso di decesso dell'Assicurato in corso di polizza dev'essere fornita la seguente documentazione medica:

- una copia del certificato di morte;
- rapporto del medico curante sulle cause di morte, redatto dal medico che ha curato l'Assicurato negli ultimi cinque (5) anni prima della data di decorrenza della polizza;
- una copia della cartella clinica completa relativa alla prima ospedalizzazione dell'Assicurato, inclusa una copia degli esami medici (ad esempio il referto istologico), degli esami di laboratorio e dei controlli medici effettuati dall'Assicurato.

Nel caso in cui la predetta documentazione non risulti esaustiva per l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriori documenti (*ad esempio una copia della cartella clinica elettronica relativa agli ultimi cinque (5) anni precedenti all'emissione della polizza, con particolare riferimento alle seguenti sezioni: anamnesi patologica personale, ospedalizzazione o interventi chirurgici, trattamenti medici, sintesi delle patologie sofferte, esami di laboratorio, esami medici inclusi i risultati rilevanti*).

Tutte le prove devono essere fornite in ordine cronologico.

In assenza della cartella clinica elettronica, deve essere fornita, in ogni caso, una descrizione dettagliata della storia medica passata dell'Assicurato, limitata agli ultimi cinque (5) anni precedenti all'emissione della polizza. In caso di decesso da infortunio o di suicidio, deve essere fornita la seguente documentazione medica:

- una copia del certificato di morte;
- una copia del rapporto della polizia che indica le cause e le circostanze sottostanti dell'evento;
- una copia dell'autopsia e dei risultati dei test tossicologici effettuati nella data dell'evento, se disponibile.

In alternativa, il distributore presso la quale è stata conclusa la polizza è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

I Beneficiari indicati in polizza riceveranno l'importo in un'unica soluzione.

La Compagnia esegue i pagamenti entro trenta (30)



giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, esaustiva e previo accertamento dell'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Si ricorda che i diritti derivanti dalla polizza di assicurazione si prescrivono in dieci (10) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (ai sensi dell'art. 2952 comma 2 del cod. civ., come modificato dal D.L. n. 179 del 18/10/2012, convertito nella Legge n. 221 del 17/12/2012).

Decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute nell'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi del comma 343 dell'art.1 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 19 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri la polizza, così come può darla in pegno o sottoporre a vincolo il pagamento delle somme assicurate. Tali atti diventano efficaci quando la Compagnia ne faccia annotazione sull'originale della polizza o su apposita appendice, a ciò provvedendo entro trenta (30) giorni dalla ricezione della relativa documentazione da parte del Contraente.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di recesso e liquidazione richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Non è consentito cedere la polizza, costituirla in pegno o vincolarla a favore del distributore che ha curato la conclusione del Contratto per conto della Compagnia.

Articolo 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

Ai sensi, per gli effetti e nei limiti di cui all'art. 1923 cod. civ., le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non sono pignorabili né sequestrabili.

COSTI

Articolo 21 - COSTI

Su ciascun premio annuo versato, anche se frazionato, viene applicato un caricamento variabile a seconda dell'età dell'Assicurato. Tale caricamento è indipendente dall'ammontare del capitale assicurato, dal sesso dell'Assicurato e dalla durata contrattuale.

Descrizione	Età dell'Assicurato	Percentuale
Caricamento sul premio	Compresa tra 18 e 40 anni	50%
	Compresa tra 41 e 50 anni	45%
	A partire da 51 anni	40%

Nel caso in cui i premi vengano corrisposti in rate subannuali si applicano costi aggiuntivi di frazionamento, pari a:

Frazionamento del premio	Semestrale	Trimestrale
Costo aggiuntivo sul premio annuo	+ 1,5%	+ 2,5%

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza, in relazione ai costi sul premio sopra indicati, della quota parte percepita in media dagli intermediari.

Tipo costo	Misura costo	Quota parte percepita dagli intermediari
Caricamento sul premio	Compreso tra il 40% e il 50%	A scelta dell'Intermediario, pari al massimo al 100% per il primo premio annuo oppure al massimo al 15% per ciascun premio annuo

Il costo delle visite mediche sostenute dall'Assicurato per la sottoscrizione è a carico della Compagnia fino ad un massimo pari a 1.000,00 euro.

Articolo 22 - SCONTI

La polizza non prevede sconti.

Articolo 23 - CONFLITTO DI INTERESSI

Nell'ambito del presente contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte, non si rilevano situazioni di conflitto di interessi con effetti pregiudizievoli per il Contraente. La Compagnia in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio ai Contraenti anche in presenza di eventuali conflitti d'interesse.

COMUNICAZIONI E INFORMATIVE IN CORSO DI CONTRATTO

Articolo 24 - COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA

Ai sensi degli articoli 1926 e 1898 del cod. civ., l'Assicurato deve informare la Compagnia di ogni fatto o circostanza relativa alla sua professione e alla pratica di sport che comporti un aggravamento del rischio entro trenta (30) giorni dal verificarsi di tali mutamenti. Nel caso in cui l'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, nel corso della durata contrattuale, il medesimo ed il Contraente (se diverso) sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro trenta (30) giorni.



Articolo 25 – INFORMATIVE DELLA COMPAGNIA AL CONTRAENTE

In occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi d'informativa previsti dalla normativa vigente (*cioè entro sessanta (60) giorni dalla chiusura di ogni anno solare*), la Compagnia comunicherà per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni intervenute successivamente alla conclusione della polizza.

I documenti che costituiscono il Set Informativo del Contratto sono pubblicati nel sito internet della Compagnia www.lamondiale.lu. Tale pubblicazione è mantenuta per tutta la durata della commercializzazione del Contratto.

La Compagnia fornisce riscontro a ogni richiesta d'informazione presentata dal Contraente o dagli altri aventi diritto, in merito alla richiesta di ricevere le condizioni contrattuali, all'esistenza o all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti (20) giorni dalla ricezione della richiesta.

Il riscontro alle richieste concernenti la verifica degli importi delle prestazioni liquidate contiene le indicazioni necessarie per consentire all'interessato l'accertamento della conformità dei calcoli alle condizioni di assicurazione ed è corredato dai calcoli relativi allo sviluppo delle prestazioni.

La Compagnia provvederà a pubblicare sul sito internet www.lamondiale.lu gli eventuali aggiornamenti del Set Informativo non derivanti da modifiche normative.



ALLEGATO 1 – DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Capitale Assicurato	Documentazione sanitaria
Da 500.000 € a 999.999,99 €	• Questionario anamnestico;
	• Rapporto di visita medica;
	• Esame completo del sangue: Emocromo completo con conta piastrinica, Glicemia, Emoglobina glicosilata, Creatininemia, Azotemia, AST, ALT, GGT, Bilirubinemia totale e frazionata, Fosfatasi alcalina, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, Elettroforesi proteica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV; PSA per assicurandi maschi di età superiore a 50 anni;
	• Esame completo delle urine;
	• ECG a riposo;
Superiore a 1.000.000 €	• Questionario anamnestico;
	• Rapporto di visita medica;
	• Esame completo del sangue: Emocromo completo con conta piastrinica, Glicemia, Emoglobina glicosilata, Creatininemia, Azotemia, AST, ALT, GGT, Bilirubinemia totale e frazionata, Fosfatasi alcalina, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, Elettroforesi proteica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV; PSA per assicurandi maschi di età superiore a 50 anni;
	• Esame completo delle urine;
	• ECG a riposo e da sforzo massimale al tapis roulant o cicloergometro (<i>con tracciati completi</i>).



