

**FASCICOLO INFORMATIVO  
del prodotto**

**“AdiR GRUPPO”  
Tariffa 530**

**Assicurazione Temporanea di Gruppo per il caso di morte**

**“Il presente Fascicolo informativo contenente:**

- a) Nota informativa (pag 2);**
- b) Condizioni di assicurazione (pag 10);**
- c) Glossario (pag 23);**
- d) Modulo di proposta (pag 26);**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione”**

***Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.***



# NOTA INFORMATIVA

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

*Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.*

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

### 1. Informazioni generali

La denominazione della Società è “LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A.”, in forma abbreviata “AdiR Vita” (Gruppo Le Assicurazioni di Roma), ed è appunto costituita nella forma giuridica di Società per Azioni. La Società è controllata al 100% da “Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana” il cui socio di riferimento è il Comune di Roma.

La sede legale e la Direzione Generale sono stabilite in Italia, in Lungotevere Raffaello Sanzio n° 15 - 00153 Roma - tel. 0658781 – sito internet: [www.adir.it](http://www.adir.it) - indirizzo posta elettronica: [vita@adir.it](mailto:vita@adir.it).

La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita e Capitalizzazioni, con decreti del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 15/02/1991 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 47 del 25/02/1991) e del 02/03/1993 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 58 del 03/11/1993), ed è iscritta nella Sez. I dell'Albo delle imprese al n. 1.00096.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa al 31/12/2010

Il Patrimonio netto di “Le Assicurazioni di Roma Compagnia di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.” è pari a 7,9 milioni di euro di cui 5,2 milioni di euro di capitale sociale e 2,7 milioni di euro di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 2,3.

---

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

### 3. Prestazioni assicurative

“AdiR Gruppo” (tariffa 530) - Assicurazione Temporanea caso morte di Gruppo - è un contratto di assicurazione collettiva di puro rischio.

Non trova applicazione nei confronti di un unico assicurato, ma estende le proprie garanzie assicurative contemporaneamente ad una pluralità di soggetti appartenenti ad un medesimo gruppo/collettivo.

In particolare garantisce per ciascun assicurato un predeterminato capitale in caso di morte nel periodo di efficacia della copertura assicurativa.

**La tariffa 530** adottata si rivolge a collettività che per loro caratteristiche demografiche, economiche, sociali e professionali presentano livelli di mortalità più contenuti rispetto alla popolazione generale (ad es: personale direttivo).

Il contratto ha durata non inferiore a un anno e non superiore a cinque anni e si rinnova automaticamente alla scadenza per periodi di pari durata, in assenza di diversa volontà espressa da una delle Parti mediante raccomandata A.R. almeno tre mesi prima della medesima scadenza.

In virtù ed in applicazione del contratto di assicurazione collettiva, per ciascun assicurato indicato dal Contraente la Società accende una copertura per il caso di morte di durata annuale, rinnovabile per periodi di un anno fintantoché il contratto medesimo rimane in vigore.

**Possono essere inclusi in copertura i soggetti di età compresa tra i 18 e i 70 anni.**

**L'assicurazione non è comunque rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 70 anni di età.**

La polizza prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

**a) Prestazioni in caso di vita**

Non è prevista nessuna prestazione in caso di vita dell'assicurato alla scadenza del contratto, in quanto i premi vengono utilizzati esclusivamente per la copertura del rischio di morte.

**b) Prestazioni in caso di decesso**

In caso di morte dell'assicurato, sempreché il pagamento dei premi sia in regola, la Società corrisponderà agli aventi diritto il capitale assicurato stabilito con i criteri di cui al successivo punto 3.4.

**3.1 Limitazioni della copertura assicurativa**

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:**

- **attività dolosa del beneficiario;**
- **partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;**
- **uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti; partecipazione dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;**
- **incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero da patologia ad essa collegata nel caso in cui l'assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.**

**Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi simili, l'assicurazione permane in vigore per un massimo di dieci giorni dalla data in cui le autorità italiane abbiano emanato l'ordine di evacuazione. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.**

**L'esistenza di una situazione di guerra e simili al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.**

**Si raccomanda di leggere con attenzione le raccomandazioni ed avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.**

**3.2 Assunzione dei rischi**

L'accettazione dei rischi da parte della Società è comunque subordinata:

- all'indicazione dei dati anagrafici completi degli assicurandi, nonché dell'importo del capitale da assicurare o, in alternativa, del premio da versare;
- alla presentazione della "*Scheda di Adesione all'Assicurazione*" di cui all'Allegato **C delle Condizioni di**

**Assicurazione**, sottoscritto da ciascun assicurando, ed alle dichiarazioni dallo stesso rilasciate al momento della richiesta di adesione;

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti **all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione**;
- alla presentazione dell'ulteriore documentazione richiesta dalla Società ai sensi **dell'art. 9 delle citate Condizioni**.

**È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.**

### **3.3 Validità della copertura assicurativa**

Ciascuna copertura assicurativa, subordinatamente all'accettazione del rischio da parte della Società, decorre dalla data di richiesta di assicurazione del Contraente e termina:

- alla scadenza annuale prefissata;
- prima della predetta scadenza, in caso di comunicazione di cessazione della copertura del rischio da parte del Contraente;
- al verificarsi dell'evento assicurato.

La copertura annuale scade il 31 dicembre di ogni anno, pertanto se l'emissione della polizza o l'ingresso di un nuovo assicurato avvengono in corso d'anno, per la prima copertura assicurativa si calcolerà un rateo di premio dalla data di effetto della polizza al 31 dicembre successivo.

Se la copertura termina prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituisce al Contraente il rateo del premio annuo corrisposto relativo al periodo sub-annuale per il quale la copertura non è più richiesta.

Eventuali modifiche alle condizioni descritte nella presente Nota Informativa derivanti da disposizioni della Autorità di controllo trovano automatica applicazione fin dal primo rinnovo annuale delle coperture assicurative, successivo alla data di efficacia delle disposizioni stesse.

### **3.4 Capitale assicurato in caso di morte**

Il Contraente determina l'importo del capitale da assicurare pro-capite sulla base di criteri oggettivi uniformi per l'intera collettività assicurata e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati e lo comunica alla Società.

**In caso di sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale la Società corrisponderà una prestazione complessiva, pari come massimo a sei volte il capitale medio assicurato procapite, da suddividere in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.**

## **4. Premi**

All'inizio di ciascun periodo assicurativo il Contraente versa il premio, dovuto per ogni assicurando, determinato dividendo il capitale per 1000 e moltiplicando il risultato per il tasso di premio di cui **all'Allegato B delle Condizioni di Assicurazione** corrispondente al sesso ed all'età raggiunta dall'assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione maggiorato di una cifra fissa variabile in base alla numerosità del gruppo compresa tra 1 e 20 euro (si veda l'art.10 delle Condizioni di Assicurazione).

Per le coperture di durata inferiore all'anno è dovuto un rateo del premio annuo, calcolato in proporzione alla durata effettiva della copertura, maggiorato del predetto importo fisso.

Una volta che l'assicurando abbia reso le necessarie informazioni e, nei casi previsti, abbia compilato il questionario anamnestico o prodotto la documentazione sanitaria prevista per il livello di capitale assicurato, la Società effettua le valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute ed alla professione dell'assicurato e determina l'eventuale soprapremio dovuto in aggiunta al premio determinato come indicato ai commi precedenti.

Il premio è dovuto a partire dalla data di effetto della copertura richiesta dal Contraente.

Ogni pagamento può essere effettuato con le seguenti modalità:

- con assegno bancario presso la Direzione Generale della Società o presso la Sede dell’Agenzia cui è assegnata la polizza;
- con bollettino di conto corrente postale n° 52732005 intestato a “AdiR Vita SpA”;
- con bonifico bancario sul conto corrente intestato ad “AdiR Vita SpA”  
cod. IBAN: IT89D0760103200000052732005.

Nel caso di versamento del premio dopo l'accensione delle coperture verrà rilasciata la quietanza che attesta il pagamento del premio contestualmente al versamento stesso.

Unicamente detta quietanza costituisce piena prova dell'avvenuto pagamento del premio dovuto.

A giustificazione del mancato versamento del premio dovuto in occasione del rinnovo annuale della copertura non potrà, in alcun caso, essere opposto l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza.

## TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

### Assicurazione Temporanea di Gruppo caso morte a premi unici monoannuali

Capitale assicurato : € **50.000,00**

Durata: **anni 1**

<b>Età</b>	<b>Sesso maschile</b>	<b>Sesso femminile</b>
30	63,15	38,45
35	63,15	41,15
40	69,45	47,80
45	93,75	61,45
50	141,85	82,95
55	223,25	116,00
60	366,75	171,30

Capitale assicurato : € **100.000,00**

Durata: **anni 1**

<b>Età</b>	<b>Sesso maschile</b>	<b>Sesso femminile</b>
30	106,30	56,90
35	106,30	62,30
40	118,90	75,60
45	167,50	102,90
50	263,70	145,90
55	426,50	212,00
60	713,50	322,60

Capitale assicurato : € **200.000,00**

Durata: **anni 1**

<b>Età</b>	<b>Sesso maschile</b>	<b>Sesso femminile</b>
30	192,60	93,80
35	192,60	104,60
40	217,80	131,20
45	315,00	185,80
50	507,40	271,80
55	833,00	404,00
60	1407,00	626,20

**N.B. Gli importi di premio sopra indicati sono comprensivi della cifra fissa massima pari a 20 Euro.**

**Gli importi indicati in tutte le tabelle precedenti non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti la professione e lo stato di salute dell'assicurato, che possono essere effettuate dall'impresa solo dopo che l'assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario anamnestico o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica.**

**E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.**

---

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

---

### 5. Costi

Il costo totale applicato al contratto su ogni testa deriva dalla somma dei seguenti due valori:

- a) importo fisso compreso tra 1 e 20 euro annue in funzione della numerosità del gruppo;
- b) 0,10‰ del capitale assicurato.

Per maggiori dettagli si veda l'art.10 delle condizioni di assicurazione.

### 6. Sconti

Per la nostra Società Controllante e le aziende socie della nostra Controllante, la cifra fissa prevista nel calcolo del premio, indicata al precedente punto 4, viene posta pari a zero.

### 7. Regime fiscale

#### Imposta sui premi

In base alla vigente normativa i premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

#### Tassazione delle somme assicurate

Il capitale liquidato ai beneficiari dell'assicurato in caso di morte di quest'ultimo è esente da qualsiasi imposizione fiscale.

---

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

### 8. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui:

- il documento di polizza, firmato dalla Società, viene sottoscritto dal Contraente;
- ovvero
- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società il documento di polizza debitamente firmato o altra comunicazione scritta attestante l'accettazione della proposta.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio, dalle ore 24 dal giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato sul documento di polizza quale data di decorrenza, se successivo.

Il contratto di assicurazione viene emesso in base ai dati ed alle indicazioni fornite dal Contraente. Le dichiarazioni del Contraente devono essere esatte e complete.

### 9. Interruzione del pagamento dei premi - Riattivazione

Al termine di ciascun periodo annuale il Contraente ha facoltà di interrompere il pagamento dei premi. In tale eventualità, qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, il contratto dovrà intendersi risolto, le coperture assicurative dovranno essere considerate estinte e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

Il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la sospensione della garanzia. La garanzia può essere riattivata entro sei mesi dalla scadenza dietro il pagamento del premio arretrato. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

## **10. Riscatto e riduzione**

L'Assicurazione temporanea caso morte di gruppo di cui alla presente Nota Informativa, non prevede valori di riscatto o di riduzione.

## **11. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni**

Verificatosi uno degli eventi previsti dal contratto, al fine di consentire la corresponsione delle prestazioni assicurate, devono essere preventivamente consegnati alla Società i documenti previsti dal modulo di "Richiesta di liquidazione del capitale in caso di decesso" di cui all'allegato D delle condizioni di assicurazione (che costituiscono parte integrante del contratto) necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

La richiesta di liquidazione con la documentazione allegata dovrà essere inviata con raccomandata A.R. a : "LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A." Lungotevere Raffaello Sanzio n° 15, Roma (00153).

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente agenzia della Società, previa consegna dell'originale della polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale.

*Avvertenza: l'art. 2952 del codice civile dispone che, se non è stata avanzata richiesta di pagamento, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni da quando si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda. Conseguentemente in caso di omessa richiesta entro detti termini, ai sensi della legge sui "rapporti dormienti"(legge n.266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni), la Compagnia verserà le somme disponibili nell'apposito Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.*

## **12. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

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

Il contratto viene redatto in lingua italiana.

## **14. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a "LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A".- Ufficio Reclami , Lungotevere Raffaello Sanzio n° 15, Roma (00153), telefax 065884117 - indirizzo e-mail: reclami@adir.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo), Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

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

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

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso

della durata contrattuale, con riferimento agli elementi di seguito riportati:

- Denominazione Sociale
- Forma giuridica
- Indirizzo della Sede Legale, Operativa o Direzione Generale.

La società comunicherà tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in nota informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Società è comunque a disposizione per comunicare, dietro richiesta scritta da parte del Contraente, indirizzata a: LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A.- Agenzia di Direzione, Lungotevere Raffaello Sanzio n° 15, Roma (00153), i valori pertinenti al presente contratto entro 20 giorni dalla data di ricevimento della richiesta.

## **16. Comunicazioni del Contraente alla Società**

Il Contraente è tenuto a comunicare alla società eventuali modifiche di professione dell'assicurato intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del codice civile affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Se la Società comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica proposta. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

## **17. Conflitto di interessi**

La Società non opera in potenziali situazioni di conflitto di interesse, anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. In ogni caso l'impresa, pur in presenza del conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai contraenti.

\* \* \*

**L'impresa "LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A." è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

L'Amministratore Delegato

Dott. Vittorio Bianco



---

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

## Art. 1 – Prestazioni assicurate

L'Assicurazione temporanea di gruppo di cui al presente Fascicolo Informativo è un'assicurazione collettiva che garantisce contro il rischio di morte i soggetti inseriti in copertura, sempreché l'evento avvenga successivamente all'accettazione del rischio da parte della Società e comunque prima della scadenza della copertura stessa.

Non trova applicazione nei confronti di un unico assicurato, ma estende le proprie garanzie assicurative contemporaneamente ad una pluralità di soggetti appartenenti ad un medesimo gruppo/collettivo.

In particolare garantisce per ciascun assicurato un predeterminato capitale in caso di morte nel periodo di efficacia della copertura assicurativa.

La tariffa adottata si rivolge a collettività che per loro caratteristiche demografiche, economiche, sociali e professionali presentano livelli di mortalità più contenuti rispetto alla popolazione generale (ad es: personale direttivo).

La garanzia comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza dalla data di ingresso in assicurazione.

## Art. 2 - Assunzione dei rischi

La Società assume i rischi di cui in premessa condizionatamente:

- all'indicazione per ciascun assicurando dei seguenti dati: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale, importo del capitale da assicurare o, in alternativa, importo del premio da versare;
- alla presentazione della "*Scheda di Adesione all'Assicurazione*" (Allegato C) debitamente sottoscritta da ciascun assicurando per presa di conoscenza e assenso all'assicurazione;
- all'esito favorevole degli eventuali accertamenti sanitari richiesti secondo quanto previsto nel successivo art. 9;
- alle dichiarazioni rese dall'assicurando al momento dell'adesione;
- alla presentazione di ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società per l'inserimento in copertura degli assicurandi.

Possono essere inclusi in copertura soggetti di età non inferiore a 18 e non superiore a 70 anni.

## Art. 3 - Entrata in vigore delle coperture

Il contratto collettivo di assicurazione ha una durata non inferiore a un anno e non superiore a cinque e si rinnova automaticamente alla scadenza per periodi di pari durata, in assenza di diversa volontà espressa da una delle Parti mediante raccomandata A.R. almeno tre mesi prima della medesima scadenza.

Per ciascun assicurato la Società emette una copertura di durata annuale rinnovabile per periodi di pari durata. La copertura entra in vigore, ed ha quindi piena efficacia, soltanto dopo che il Contraente, avendo pagato il premio convenuto, abbia ricevuto in originale i documenti di emissione e la quietanza di pagamento dalla Direzione Generale.

La copertura annuale scade il 31 dicembre di ogni anno, pertanto se l'emissione della polizza o l'ingresso di un nuovo assicurato avvengono in corso d'anno, per la prima copertura assicurativa si calcolerà un rateo di premio dalla data di effetto della polizza al 31 dicembre successivo.

## Art. 4 -Validità delle coperture

La copertura assicurativa prestata in favore di ciascun assicurato termina:

- di norma alla scadenza contrattuale prefissata;
- anticipatamente rispetto alla predetta scadenza in caso di richiesta di cessazione della copertura del rischio da parte del Contraente con la quale lo stesso indicherà alla Società gli estremi dell'assicurato e il motivo della cessazione;
- al verificarsi dell'evento assicurato.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà al Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo sub-annuale per il quale la copertura non è più richiesta.

La copertura assicurativa non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 70 anni di età.

Il Contraente è tenuto a comunicare alla società eventuali modifiche di professione dell'assicurato intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del codice civile affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- d) far cessare gli effetti della copertura;
- e) ridurre il capitale assicurato;
- f) aumentare il premio dovuto.

Se la Società comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica proposta. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

#### **Art. 5 - Esclusioni dalla copertura assicurativa**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. E' esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- attività dolosa del beneficiario;
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero da patologia ad essa collegata nel caso in cui l'assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.**

Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi simili, l'assicurazione di cui al presente Fascicolo Informativo permane in vigore per un massimo di dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle autorità italiane. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.

L'esistenza di una situazione di guerra e similari al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

#### **Art. 6- Capitale assicurato**

L'importo del capitale pro-capite da assicurare viene indicato dal Contraente che lo determina sulla base di criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

In caso di morte dell'assicurato, semprechè il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà il capitale sopra definito ai beneficiari di cui al successivo art. 8.

#### **Art. 7 - Sinistro che colpisca più teste**

In caso di sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale la Società corrisponderà un capitale massimo complessivo di importo pari a sei volte il capitale medio assicurato pro-capite.

Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

#### **Art.8 - Beneficiari.**

Il Contraente indica alla Società i Beneficiari delle prestazioni in caso di morte degli assicurati, designati nel rispetto

delle disposizioni di cui agli artt. 1920 e 1921 del Codice Civile.

### **Art. 9 - Documentazione e accertamenti da presentare**

L'assicurazione di cui al presente Fascicolo Informativo viene assunta senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria e indipendentemente dalle attività praticate dal singolo assicurando, fino ad un capitale massimo pro-capite di **200.000,00 Euro**.

L'assicurando dovrà comunque sottoscrivere l'apposita "*Scheda di Adesione all'Assicurazione*" riportata nell'Allegato C e il Contraente (datore di lavoro) dovrà presentare una dichiarazione attestante che gli assicurandi, negli ultimi sei mesi, non sono stati assenti dal lavoro per malattia od infortunio per più di 20 giorni complessivi anche se non consecutivi.

Per capitali assicurati superiori all'importo di cui sopra, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, l'assicurando dovrà :

- sottoscrivere la "*Scheda di Adesione all'Assicurazione*" riportata nell'Allegato C;
- compilare il "*Questionario anamnestico*" riportato nell'Allegato E;
- presentare, al fine dell'accettazione in garanzia, gli accertamenti sanitari individuali previsti **nell'Allegato A**;

Tutta la documentazione dovrà pervenire alla società per il tramite del Contraente.

La Società si riserva - in base alle risultanze di tali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio - di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone immediata notizia al Contraente.

La Società potrà richiedere particolari ulteriori documentazioni oppure la presentazione di ridotti accertamenti, tenuto conto della numerosità del gruppo, dei capitali da assicurare e di eventuali obblighi derivanti da una contrattazione collettiva di lavoro, nonché delle attività normalmente espletate da ciascun assicurando.

### **Art.10- Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del codice civile.

L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

### **Art.11- Premio di assicurazione e modalità di pagamento**

Il premio dovuto dal Contraente per ciascun assicurando all'inizio di ciascun periodo assicurativo viene determinato dividendo il capitale per 1000 e moltiplicando il risultato per il tasso di premio di cui all'Allegato B corrispondente al sesso ed all'età raggiunta dall'assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione maggiorato di un importo fisso variabile in funzione della numerosità del gruppo. L'importo fisso per testa è di 20 euro ridotto di 1 euro per ogni gruppo di 25 teste – non computando le frazioni inferiori a 25 – con un minimo di 1 euro per testa.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Per coperture di durata inferiore all'anno è dovuto un rateo di premio calcolato riducendo l'importo del premio annuo sopra definito in proporzione alla durata effettiva della copertura e sommando al risultato la cifra fissa di cui sopra.

La Società, una volta che l'assicurando abbia reso le necessarie informazioni e, nei casi previsti, abbia compilato il questionario anamnestico o prodotto la documentazione sanitaria prevista per il livello di capitale assicurato, si riserva di effettuare le valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute ed alla professione dell'assicurato al fine di determinare l'eventuale soprapremio da aggiungere al premio di cui sopra.

Il premio determinato con le modalità sopra descritte si intende dovuto a partire dalla data di effetto della copertura richiesta dal Contraente ed accettata dalla Società.

Ogni pagamento può essere effettuato con le seguenti modalità:

- con assegno bancario presso la Direzione Generale della Società o presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza;

- con bollettino di conto corrente postale n° 52732005 intestato a “AdiR Vita SpA”;
- con bonifico bancario sul conto corrente intestato a “AdiR Vita SpA”  
cod. IBAN: IT89D0760103200000052732005.

Nel caso in cui il Contraente versi il premio successivamente all'emissione delle coperture, la Società rilascerà la quietanza contestualmente al pagamento.

### **Art. 12 – Interruzione del pagamento dei premi - Riattivazione**

Al termine di ciascun periodo annuale il Contraente ha facoltà di interrompere il pagamento dei premi. In tale eventualità, qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, il contratto dovrà intendersi risolto, le coperture assicurative dovranno essere considerate estinte e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

Il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, determina la sospensione della garanzia. La garanzia può essere riattivata entro sei mesi dalla scadenza dietro il pagamento del premio arretrato. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A giustificazione del mancato pagamento del premio non potrà, in alcun caso, essere opposto l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al domicilio del contraente.

### **Art. 13 - Pagamento delle prestazioni**

Verificatosi il decesso dell'Assicurato, al fine di consentire la corresponsione delle prestazioni assicurate, devono essere preventivamente consegnati i documenti previsti dal modulo di “*Richiesta di liquidazione del capitale in caso di decesso*” di cui all'allegato D (che costituisce parte integrante del contratto) necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

La richiesta di liquidazione con la documentazione allegata dovrà essere inviata con raccomandata A.R. a : “LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A.” – Lungotevere Raffaello Sanzio n° 15, Roma (00153).

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o la competente agenzia della Società, previa consegna dell'originale della polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale.

L'art.2952 del codice civile dispone che, se non è stata avanzata richiesta di pagamento, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni da quando si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda.

### **Art. 14 - Modifiche stabilite dall'Autorità di controllo**

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni di Assicurazione derivanti da disposizioni della Autorità di controllo trovano automatica applicazione fin dal primo rinnovo annuale delle coperture assicurative, successivo alla data di efficacia delle disposizioni stesse.

### **Art. 15 Tasse ed imposte**

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

### **Art. 16 – Legge applicabile al contratto e Foro competente**

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

Le controversie che dovessero insorgere sull'applicazione del contratto medesimo saranno devolute alla giurisdizione del giudice italiano. Nel caso in cui l'avente diritto alla prestazione sia una persona fisica - consumatore, la competenza spetterà al giudice del luogo di residenza o del domicilio abituale dello stesso.

#### **Art. 17 – Informativa Privacy ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003**

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa sulla Privacy ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003, ed a restituire alla Società i consensi espressi dagli assicurati.

#### **Art. 18 – Obblighi del Contraente**

Il Contraente, qualora gli assicurati inseriti nella presente polizza collettiva sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi, ovvero siano direttamente o tramite i loro aventi causa portatori di un interesse alla prestazione, è obbligato, ai sensi della normativa emanata dall'ISVAP a consegnare a ciascun assicurato copia delle presenti Condizioni di Assicurazione.

## **DOCUMENTAZIONE SANITARIA** **(Temporanea di gruppo per il caso di morte)**

In riferimento a quanto previsto all'Art. 9 (Documentazione sanitaria - Accertamenti - Dichiarazioni dell'assicurato) delle Condizioni di Assicurazione, per l'accettazione in garanzia - in relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun assicurando - è necessaria la presentazione degli accertamenti sanitari, come di seguito indicato.

Qualora il capitale assicurato fosse **inferiore o uguale a 200.000,00 Euro**, è sufficiente la seguente documentazione:

- "Dichiarazione dell'Azienda, relativa ai suoi dipendenti, sulla loro assenza dal luogo di lavoro per malattia od infortunio negli ultimi sei mesi".

Qualora il capitale assicurato fosse **superiore a 200.000,00 Euro e inferiore o uguale a 260.000,00 Euro**, è prevista la seguente documentazione:

- "Questionario anamnestico" (Allegato E) debitamente compilato e sottoscritto.

Qualora il capitale assicurato fosse **superiore a 260.000,00 Euro e inferiore o uguale a 350.000,00 Euro**, è prevista la seguente documentazione:

- "Rapporto di visita medica" effettuata dal medico di base o presso strutture sanitarie pubbliche;
- Esame completo delle urine praticato presso un laboratorio;
- Esami del sangue comprendenti: glicemia, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi e test HIV.

Qualora il capitale assicurato fosse **superiore a 350.000,00** è prevista la seguente documentazione:

- "Rapporto di visita medica" effettuata dal medico di base o presso strutture sanitarie pubbliche;
- Esame completo delle urine praticato presso un laboratorio;  
Esami del sangue comprendenti: azotemia, glicemia, creatinemia, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubina totale e frazionata, emocromo completo con conta piastrine, VES, transaminasi, GGT, fosfatasi alcalina, elettroforesi proteica, PSA, HBs Ag, HCV e test HIV.
- Esame elettrocardiografico a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro con valori di pressione arteriosa per ogni carico di lavoro secondo protocolli standard.

Il Contraente comunicherà alla Società - per l'esatta valutazione dei rischi - l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa, sulla vita dei medesimi partecipanti al contratto in termini, da esso stesso stipulata o comunque di cui fosse a conoscenza. La Società terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

**TASSI DI PREMIO PER 1000 EURO DI CAPITALE ASSICURATO  
(Temporanea di gruppo per il caso di morte)**

<b>ETA'</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>ETA'</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>
<b>18</b>	0,603	0,250	<b>45</b>	1,475	0,829
<b>19</b>	0,629	0,250	<b>46</b>	1,642	0,914
<b>20</b>	0,650	0,250	<b>47</b>	1,861	1,018
<b>21</b>	0,675	0,250	<b>48</b>	2,063	1,103
<b>22</b>	0,704	0,250	<b>49</b>	2,259	1,185
<b>23</b>	0,707	0,260	<b>50</b>	2,437	1,259
<b>24</b>	0,716	0,272	<b>51</b>	2,629	1,355
<b>25</b>	0,741	0,293	<b>52</b>	2,896	1,473
<b>26</b>	0,763	0,312	<b>53</b>	3,249	1,626
<b>27</b>	0,795	0,326	<b>54</b>	3,618	1,773
<b>28</b>	0,837	0,338	<b>55</b>	4,065	1,920
<b>29</b>	0,863	0,355	<b>56</b>	4,525	2,102
<b>30</b>	0,863	0,369	<b>57</b>	5,034	2,310
<b>31</b>	0,863	0,380	<b>58</b>	5,615	2,543
<b>32</b>	0,863	0,388	<b>59</b>	6,248	2,789
<b>33</b>	0,863	0,400	<b>60</b>	6,935	3,026
<b>34</b>	0,863	0,406	<b>61</b>	7,675	3,296
<b>35</b>	0,863	0,423	<b>62</b>	8,479	3,614
<b>36</b>	0,863	0,444	<b>63</b>	9,333	4,002
<b>37</b>	0,883	0,469	<b>64</b>	10,293	4,436
<b>38</b>	0,919	0,493	<b>65</b>	11,337	4,922
<b>39</b>	0,940	0,528	<b>66</b>	12,439	5,435
<b>40</b>	0,989	0,556	<b>67</b>	13,503	6,002
<b>41</b>	1,064	0,596	<b>68</b>	14,678	6,725
<b>42</b>	1,151	0,638	<b>69</b>	15,919	7,544
<b>43</b>	1,248	0,699	<b>70</b>	17,558	8,504
<b>44</b>	1,365	0,758			

**SCHEMA DI ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE  
(Temporanea di gruppo per il caso di morte)**

**Contraente - Dati Anagrafici**

Ragione sociale: ..... Partita IVA/C.F.....

**Assicurando - Dati Anagrafici**

Cognome e Nome: ..... Sesso: M F

Luogo e data di nascita: ..... Codice Fiscale: .....

Indirizzo di residenza: .....

Con la qualifica di : .....

**Dati Assicurativi**

Capitale assicurato: ..... Decorrenza assicurativa: .....

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato (da indicare solo se diversi dagli eredi legittimi):  
.....

Costi a carico degli assicurati: .....

**Dichiarazioni dell'Assicurando**

Il sottoscritto assicurando:

- **dichiara** di dare il consenso alla stipulazione di una polizza di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile;
- **dichiara** di essere a conoscenza che la presente scheda di adesione deve servire esclusivamente per la sua ammissione al contratto collettivo di assicurazione sulla vita stipulato, per il proprio personale, dal Contraente con Le Assicurazioni di Roma Compagnia di Assicurazioni sulla Vita S.p.A..

Data, .....

**Il Contraente**

**L'Assicurando**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE IN CASO DI DECESSO**

Spett.le AdiR VITA SpA  
Lungotevere R. Sanzio n° 15  
00153 ROMA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di beneficiario della Polizza numero \_\_\_\_\_ chiede la liquidazione del capitale relativo alla garanzia caso morte oggetto del contratto.

A tal fine allega i seguenti documenti :

- fotocopia di un documento di identità valido;
- copia del codice fiscale;
- originale di polizza e appendici;
- copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato solo nel caso in cui questo sia diverso dal Contraente;
- certificato di morte dell'assicurato e relazione medica sulle cause del decesso;
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale o clinica privata;
- copia del verbale rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumono le circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, suicidio o omicidio);
- copia autentica del testamento o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva) attestante che il decesso è avvenuto senza lasciare testamento, con l'indicazione di tutti gli eredi legittimi del de cuius con l'indicazione delle generalità complete, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi nonché l'eventuale stato di gravidanza della vedova;
- se i beneficiari sono minori od incapaci, decreto del Giudice Tutelare con l'indicazione della persona autorizzata alla riscossione.

Il richiedente autorizza la Società a bonificare l'importo dovuto sul conto corrente della

Banca \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nel caso in cui l'intestatario del conto fosse persona diversa dal richiedente, la firma dello stesso dovrà essere autenticata.

Data \_\_\_\_\_

In fede  
(firma dei Beneficiari)

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER INGRESSO IN ASSICURAZIONE**

Cognome e nome dell'assicurando/a \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

<p><b>1.</b> Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle indicate) prima dell'età di 60 anni?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)</p>	
<p><b>2.</b> Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> elettrocardiogramma  <input type="checkbox"/> radiografie  <input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG  <input type="checkbox"/> esami del sangue  <input type="checkbox"/> analisi delle urine  <input type="checkbox"/> fundus oculare  <input type="checkbox"/> markers dell'epatite  <input type="checkbox"/> altri</p>	<p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>3.</b> E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>4.</b> Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>5.</b> Ha subito traumi o lesioni accidentali?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> del cranio  <input type="checkbox"/> degli organi di senso  <input type="checkbox"/> degli arti  <input type="checkbox"/> di altre sedi</p>	<p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>6.</b> Fa uso o ha fatto uso di:</p> <p>a) alcolici</p> <p>b) tabacco</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>7.</b> Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p><b>8. a)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> asma  <input type="checkbox"/> bronchite  <input type="checkbox"/> enfisema  <input type="checkbox"/> pleurite  <input type="checkbox"/> tubercolosi  <input type="checkbox"/> fibrosi polmonare  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>8. b)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> infarto  <input type="checkbox"/> angina  <input type="checkbox"/> ipertensione  <input type="checkbox"/> valvulopatie  <input type="checkbox"/> arteropatie  <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>8. c)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> gastroduodenite  <input type="checkbox"/> ulcera gastroduodenale  <input type="checkbox"/> colite ulcerosa  <input type="checkbox"/> epatite  <input type="checkbox"/> cirrosi epatica  <input type="checkbox"/> calcolosi biliare  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>8. d)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> nefrite  <input type="checkbox"/> calcolosi  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>8. e)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> artrite  <input type="checkbox"/> artrosi  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>8. f)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> epilessia  <input type="checkbox"/> nevrosi  <input type="checkbox"/> paralisi  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> malattia di Parkinson  <input type="checkbox"/> malattia di Alzheimer  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<b>8. g)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> dislipidemie <input type="checkbox"/> malattie della tiroide <input type="checkbox"/> malattie surrenali <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>8. h)</b> Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> leucemia <input type="checkbox"/> emofilia <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>9.</b> E' mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Motivo e quando <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>10.</b> Ha in previsione un ricovero ospedaliero?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Motivo e quando <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>11.</b> Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>12.</b> Si è sottoposto ad un test anti-HIV?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Quando ed esito <hr/> <hr/>	
<b>13.</b> Indicare i valori della sua statura e del suo peso	cm .....kg.....		

<b>14.</b> Indicare i valori della sua pressione arteriosa		Max .....min .....
<b>15.</b> Pratica sport pericolosi?(ad esempio aerei, alpinismo, immersioni subacquee, sport motoristici ecc.)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	In caso affermativo, specificare quale sport pratica _____ _____ _____ _____
<b>16.</b> Nell'esercizio della sua professione è esposto a rischi particolari? (ad esempio contatto con alta tensione, esplosivi, armi, lavori sotterranei, subacquei, lavori su impalcature o tetti, pilota di elicotteri o aerei non di linea, utilizzo automezzi portata superiore a 50 q.li, utilizzo veicoli per il lavoro industriale agricolo o edilizio, utilizzo macchinari nell'industria pesante)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	In caso affermativo, fornire dettagli (settore e mansioni) _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>17.</b> Effettua viaggi in zone a rischio (al di fuori dell'Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	In caso affermativo, fornisca i dettagli _____ _____ _____ _____

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omissso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Proscioglio dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

**Ho letto e approvo quanto sopra.**

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurando/a \_\_\_\_\_

**Avvertenze per la compilazione del questionario:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

## GLOSSARIO

<b>Adeguatezza dei contratti</b>	Principio in base al quale la società 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.
<b>Appendice</b>	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il Contraente.
<b>Assicurato</b>	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
<b>Beneficiario</b>	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
<b>Capitale assicurato</b>	E' la prestazione che la società si impegna a pagare al verificarsi del decesso dell'assicurato nel corso della durata contrattuale.
<b>Carenza</b>	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.
<b>Conflitto di interessi</b>	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del Contraente.
<b>Cessione, pegno e vincolo</b>	Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. 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.
<b>Compagnia</b>	Vedi "Società".
<b>Conclusione del contratto</b>	Momento in cui il contratto è perfezionato. Ciò avviene con la consegna della polizza al Contraente, previo pagamento del premio ovvero qualora il Contraente riceve da parte della Società il documento di polizza debitamente firmato o altra comunicazione scritta attestante l'accettazione della proposta.
<b>Condizioni di assicurazione (o di polizza o contrattuali)</b>	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
<b>Contraente</b>	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione con la Società.
<b>Contratto di assicurazione sulla vita</b>	Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
<b>Costi/Spese</b>	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati e sulle risorse finanziarie gestite dalla società.

<b>Decorrenza della garanzia</b>	Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
<b>Detraibilità fiscale</b>	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
<b>Durata contrattuale</b>	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
<b>Esclusioni</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
<b>Fascicolo informativo</b>	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente.
<b>Garanzia complementare</b>	Garanzia abbinata facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni.
<b>Garanzia principale</b>	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario.
<b>Impignorabilità e inalienabilità</b>	Principio secondo cui le somme dovute dalla società al Contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
<b>Impresa di assicurazione</b>	Vedi "Società".
<b>Intermediario</b>	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
<b>ISVAP</b>	Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo.
<b>Liquidazione</b>	Pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
<b>Nota informativa</b>	Documento redatto secondo le disposizioni ISVAP che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso ed alle caratteristiche assicurative della polizza.
<b>Perfezionamento del contratto</b>	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
<b>Polizza</b>	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
<b>Premio annuo</b>	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
<b>Premio frazionato</b>	Parte del premio annuo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni trimestre.
<b>Prescrizione</b>	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.
<b>Prestazione assicurata</b>	Somma pagabile sotto forma di capitale che la società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento previsto.

<b>Proposta</b>	Modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
<b>Questionario sanitario (o anamnestico)</b>	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
<b>Quietanza</b>	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
<b>Recesso</b>	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
<b>Revoca</b>	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
<b>Riattivazione</b>	Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.
<b>Ricorrenza annuale</b>	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
<b>Scadenza</b>	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
<b>Sinistro</b>	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto, vale a dire il decesso dell'assicurato.
<b>Società</b>	“LE ASSICURAZIONI DI ROMA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.p.A.”: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
<b>Sovrappremio</b>	Maggiorazione di premio richiesta dalla società in alcuni casi particolari di aggravamento del rischio da assicurare. Ad esempio per motivi sanitari, sportivi o professionali.

## MODULO DI PROPOSTA POLIZZA TEMPORANEA DI GRUPPO

La proposta rappresenta la base legale dell'assicurazione che Lei desidera concludere: in essa Lei fissa la durata della copertura, le prestazioni ed i premi del futuro contratto di assicurazione.

Voglia rispondere a tutte le domande in modo completo ed esatto: da ciò dipende la validità del contratto di assicurazione (artt. 1892 e 1893 C.C.).

La preghiamo di scrivere in stampatello e di non ricorrere a segni e trattini. Le ricordiamo che firmando la proposta si assume la responsabilità di quanto vi è dichiarato, anche se le risposte vengono scritte da terzi.

Compilando personalmente la proposta si evitano possibili errori di trascrizione.

### Modalità di pagamento del premio

Ogni pagamento può essere effettuato con le seguenti modalità:

- con assegno bancario presso la Direzione Generale della Compagnia o presso la Sede dell'Agenzia a cui è assegnata la polizza;
- con bollettino di conto corrente postale n° 52732005 intestato a "AdiR Vita SpA";
- con bonifico bancario sempre sul conto corrente intestato a "AdiR Vita SpA"  
cod. IBAN: IT89D0760103200000052732005.

Intermediario	Codice Agenzia	Codice Convenzione	N.Proposta (riservata alla Direzione)
---------------	----------------	--------------------	---------------------------------------

### 1. CONTRAENTE

Ragione Sociale		Indirizzo email		
CAP	Comune Sede Sociale	PR	Via	Telefono
Codice Fiscale/ Partita Iva				
<b>Eventuale Indirizzo di corrispondenza:</b>				
CAP	Località	PR	Via	Telefono

### 2. LEGALE RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO (specificare)

Cognome		Nome				
CAP	Località di Residenza	PR	Via	Telefono		
Luogo di nascita	PR	Data di nascita	Età	Sesso	Codice Fiscale	Cittadinanza

### 3. DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO AI SENSI L.197/91

Tipo di documento (mettere una X sul tipo documento)	<input type="checkbox"/> 01 Carta d'identità	<input type="checkbox"/> 02 Patente auto	<input type="checkbox"/> 03 Passaporto	<input type="checkbox"/> 04 Porto d'armi	<input type="checkbox"/> 05 Tessera postale
Numero del documento	Data di rilascio	Autorità e località del rilascio			

### 4. FORMA ASSICURATIVA E CARATTERISTICHE

Tariffa	<b>"AdiR Gruppo"</b>	Tariffa assicurativa	<b>530</b>	Capitale assicurato per testa		
Data di decorrenza	Ore 24 del	Durata convenzione	Anni/mesi	Scadenza convenzione	Rateazione del premio	<b>Annuale</b>

### 6. BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

**Gli eredi legittimi degli assicurati o quelli indicati nella scheda di adesione dagli assicurati.**

### SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA

#### I sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni rese nella presente proposta formano la base del contratto e ne costituiscono parte integrante;
- di aver preso conoscenza di tutte le condizioni di assicurazione relative alla forma assicurativa prescelta regolanti il presente contratto e sue eventuali appendici, e riconoscono che dette condizioni costituiscono parti essenziali ed inscindibili del contratto unitamente al prospetto degli elementi contrattuali;
- di essere consapevole che la decisione sull'accettazione della proposta presentata spetta unicamente alla Compagnia. Se questa si trova indotta ad applicare condizioni restrittive, oppure a rinviare o rifiutare una assicurazione propositale, non è tenuta ad indicarne i motivi. In ogni caso la proposta, con tutti i relativi allegati, rimane presso la Compagnia stessa.

Luogo -----, data -----

**TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO**

**Dichiaro che i dati relativi al Contraente/  
Rappresentante sono stati da me raccolti**

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

**DICHIARO, INOLTRE, DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO RELATIVO ALLA TARIFFA INDICATA NELLA PRESENTE PROPOSTA**

**TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO**

---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003**

Sulla base di quanto riportato nella pagina successiva, il Legale Rappresentante (delegato o altro), preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, **acconsente** al trattamento dei dati personali per finalità assicurative e con le modalità indicate.

**TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO**

---

**Acconsente**, inoltre, anche al trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali? (barrare la casella che interessa):

**SI**

**NO**

**TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE, DELEGATO O ALTRO**

---

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

In applicazione del D. Lgs. 196/2003 (di seguito denominato codice), La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti<sup>(1)</sup>

### **Trattamento dei dati personali per finalità assicurative<sup>(2)</sup>**

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti e di valutare l'adeguatezza di tali prodotti al suo profilo di rischio, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso da Lei o presso altri soggetti<sup>(3)</sup> e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge<sup>(4)</sup> – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la valutazione dell'adeguatezza e per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili<sup>(5)</sup> strettamente inerenti alla valutazione e fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela<sup>(6)</sup>, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"<sup>(7)</sup>.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti al le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo valutare e fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

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

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi<sup>(8)</sup>.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati nello spazio ad esso dedicato nella presente informativa.

### **Modalità di uso dei dati personali**

I dati sono trattati<sup>(9)</sup> dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per valutare e fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società i dati, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti do nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa<sup>(10)</sup>; lo stesso possono fare anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

### **Diritti dell'interessato**

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso il titolare del trattamento o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento<sup>(11)</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti e le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi a: Le Assicurazioni di Roma – Compagnia di Assicurazioni sulla Vita S.p.A. - Lungotevere R. Sanzio 15, cap. 00153 Roma - fax 06/5878237 (Il Responsabile del Trattamento è l'Amministratore Delegato)<sup>(12)</sup>.

### NOTE

- 1) Come previsto dall'art. 13 del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196).
- 2) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 3) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, assicuratori ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.) forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, quarto trattino); altro soggetti pubblici (v. nota 7, quinto trattino).
- 4) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 5) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.
- 6) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 7) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
  - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali;
  - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti del bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 10);
  - società del Gruppo a cui appartiene la nostra società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizione di legge);
  - organismi associativi (ANIA) e consortili del settore assicurativo;
  - ISVAP, CONSAP, UIC, CONSOB, COVIP, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie ed altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- 8) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, Sim.
- 9) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 10) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 7 secondo trattino).
- 11) Tali dati sono previsti e disciplinati dagli art. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.
- 12) L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati al trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa.

**Il presente Fascicolo informativo ed i dati in esso contenuti sono aggiornati al 31 maggio 2011.**