



Assicurazione vita CREA

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE

- DIP Vita
- DIP aggiuntivo Vita
- Le Condizioni Generali di Assicurazione
- Il Glossario
- Modulo Proposta - Informativa sulla privacy
- POG

DEVE ESSERE CONSEGNATO DAL CONTRAENTE ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo.

contratto di assicurazione temporanea caso morte a capitale costante

edizione del 1 agosto 2019

Il prodotto è stato redatto secondo le Linee guida del Tavolo tecnico ANIA ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari, ai sensi di quanto previsto dalla Lettera al Mercato di IVASS del 14 marzo 2018, come successivamente estesa alle imprese di assicurazioni comunitarie.

Assicurazione temporanea caso morte a capitale e premio annuo costante

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

Compagnia: **Squarelife Insurance AG**
Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

Prodotto: **Coverholder**
Data di aggiornamento: **9 marzo 2021**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura il rischio di decesso o di diagnosi di una malattia terminale del Contraente/Assicurato a fronte del pagamento di un premio annuo anticipato costante. I Beneficiari sono i soggetti designati dal Contraente/Assicurato o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato?

Garanzia Principale:

- ✓ **Decesso** da ogni causa, salvo limiti di copertura di cui sotto.
In caso di Decesso verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato, a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.
Il **capitale minimo assicurabile** non potrà essere inferiore a € 50.000,00
Il **capitale massimo assicurabile** non potrà essere superiore a € 750.000,00.

Garanzie Aggiuntive valide solo se espressamente richiamate in Proposta e Polizza e possono essere acquistate anche singolarmente.

- ✓ **Decesso a seguito di infortunio**: 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 del Contraente/Assicurato.
In caso di Decesso a seguito di infortunio – verificatosi non oltre 1 anno dalla data dell'infortunio e che sia diretta conseguenza di quest'ultimo – la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al doppio del Capitale Assicurato riportato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, fino ad un massimo di Euro 500.000,00, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.
- ✓ **Malattia Terminale (c.d. Terminal Illness)**: è considerata malattia terminale quella che comporta un'aspettativa di vita di 6 mesi o inferiore dalla data di diagnosi.
Nel caso venga diagnosticata una malattia terminale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato per la Garanzia Principale, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi e la comunicazione della diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di scadenza della copertura assicurativa e non oltre 90 giorni dalla data di diagnosi della malattia terminale.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- ✗ non abbiano compiuto gli anni 18 (diciotto);
- ✗ abbiano un'età superiore a 70 (settanta) anni;
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, abbiano un'età superiore a 85 (ottantacinque) anni;
- ✗ non siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino o nello Stato Città del Vaticano o in uno degli Stati dell'Unione Europea e non siano muniti di Codice Fiscale o tessera sanitaria italiana.

La **Garanzia Principale** e le **Garanzie Aggiuntive "Decesso a seguito di infortunio"** e **"Malattia Terminale"** sono escluse in caso di Decesso del Contraente/Assicurato derivante da:

- ✗ dolo del Contraente/Assicurato o del Beneficiario
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- ✗ infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- ✗ malattie o infortuni correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili

La **Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di Infortunio"** è altresì esclusa in caso di Decesso dell'Assicurato derivante direttamente o indirettamente da:

- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari dall'infortunio;
- ✗ suicidio o tentato suicidio.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per la sola Garanzia Principale è previsto un periodo di **carezza di 24 mesi** decorrenti dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, decorrenti dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione, in caso di Decesso derivante da suicidio.
- ! Nel caso in cui sia prevista la stipula dell'Assicurazione senza visita medica, ma con la compilazione del Questionario Sanitario, Base o Standard, è previsto un periodo di **carezza di 6 mesi** per la morte da malattia o in caso di diagnosi della malattia terminale.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura assicurativa è valida senza alcun limite territoriale.



Che obblighi ho?

- Le tue dichiarazioni devono essere esatte e complete. Le modifiche relative all'attività professionale, all'attività sportiva ed alle abitudini di vita (Fumatore e/o Non Fumatore) eventualmente intervenute in corso di contratto devono essere comunicate tempestivamente alla Compagnia.
- In caso di sinistro, è importante che il Contraente/Assicurato o gli Aveni Diritto alla prestazione, denunciino per iscritto il sinistro entro 90 giorni dalla data dell'evento e producano tutta la documentazione necessaria.



Quando e come si paga la Polizza?

- Il presente contratto prevede il pagamento di una serie di premi annui anticipati di importo costante.
- Il premio annuo può essere frazionato senza oneri aggiuntivi in rate semestrali anticipate di importo costante ed è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione, ma non oltre la data di Decesso del Contraente/Assicurato.
- L'entità del premio annuo dipende: dal capitale assicurato, dall'età del Contraente/Assicurato, dalla durata dell'Assicurazione, dallo stato di salute, dalle attività professionali e sportive nonché dalle abitudini di vita del Contraente/Assicurato (Fumatore o Non Fumatore).
- Il pagamento del premio può avvenire tramite: bonifico bancario, carta di credito o addebito bancario continuativo a mezzo SEPA Direct Debit (S.D.D.).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La durata, in anni interi, viene scelta dal Contraente/Assicurato tra un minimo di 5 ed un massimo di 30 anni.
- La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, purché il premio sia già stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, e rimangono in vigore per tutta la Durata Contrattuale, diminuita di 1 anno per la Garanzia Aggiuntiva "Terminal Illness"– se acquistata.
- La copertura assicurativa cessa alla data di scadenza riportata del Certificato di Polizza oppure in caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la Garanzia Principale o per una delle Garanzie Aggiuntive, se riportate nel Certificato di Polizza.



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

- Hai la facoltà di esercitare il diritto di revoca finché il contratto non sia concluso (momento in cui il Contraente/Assicurato viene a conoscenza dell'accettazione della Proposta di Assicurazione da parte della Compagnia) o il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.
- Hai anche la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. In caso di mancato pagamento del premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla scadenza di pagamento dello stesso, il contratto si intende risolto, la garanzia decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto e la prestazione non può essere ridotta. Il Contraente non ha la facoltà di riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi.

Contratto di Assicurazione Temporanea Caso Morte a Premio Annuo e Capitale Costante

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

Compagnia: **Squarelife Insurance AG**

Prodotto: **Coverholder**

Data realizzazione documento: **9 marzo 2021**

Il presente DIP aggiuntivo Vita pubblicato 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 diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Prima della sottoscrizione della Polizza, l'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione oltre i documenti informativi precontrattuali.

L'Impresa di Assicurazione è Squarelife Insurance AG ("Squarelife") con sede in Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein, telefono +423 237 15 65 sito internet: www.squarelife.eu e-mail: info@squarelife.eu è iscritta al Registro delle imprese di assicurazione tenuto dal FMA -Financial Market Authority, l'Autorità di vigilanza delle imprese di assicurazioni in Liechtenstein, al numero di iscrizione FL-0002.197.226 -9 ed è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, VI, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private essendo iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione che sono autorizzate da IVASS, l'Autorità di vigilanza delle imprese di assicurazioni in Italia (Banca di Italia), ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi nell'Elenco II al numero di iscrizione II.00636 dal 2008 ed è soggetta alla vigilanza di FMA. Nel sito internet www.squarelife.eu all'interno della sezione "Contatto" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del patrimonio netto della Società è di Euro 11 milioni, di cui Euro 7 milioni di capitale sociale ed Euro 4 milioni di totale di riserve patrimoniali. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.squarelife.eu), Il requisito patrimoniale di solvibilità è 2,8 milioni, il requisito patrimoniale minimo è di 4,3 milioni e quello dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 5,5 milioni. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) di Squarelife è 261.51%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Il capitale minimo assicurabile è pari ad Euro 50.000,00 e quello massimo è determinato in base all'età del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, come di seguito indicato:

- Euro 750.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 18 (diciotto) e 50 (cinquanta) anni compiuti;
- Euro 500.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 51 (cinquantuno) e 60 (sessanta) anni compiuti;
- Euro 300.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 61 (sessantuno) e 65 (sessantacinque) anni compiuti;
- Euro 250.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 66 (sessantasei) e 70 (settanta) anni compiuti.

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute forniti dall'Assicurando.

In funzione dell'età dell'Assicurando e dell'ammontare del capitale assicurato, l'Assicurando deve alternativamente compilare un Questionario Sanitario, Base o Standard, o sottoporsi ad una visita medica - dopo aver effettuato gli esami del sangue e l'analisi completa delle urine, secondo le seguenti modalità:

Età	Questionario sanitaria Base	Questionario sanitario Standard	Visita Medica con Esami del sangue e delle urine
Da 18 a 50	Fino a €200.000	Da €200.000,01 a €350.000	Da €350.000,01 a €750.000
Da 51 a 60	Fino a €100.000	Da €100.000,01 a € 250.000	Da €250.000,01 a €500.000
Da 61 a 65	0	Fino a €100.000	Da €100.000,01 a €300.000
Da 66 a 70	0	Fino a €75.000	Da €75.000,01 a €250.000

Allo scopo di potere adeguatamente valutare il rischio da assumere, la Compagnia ha comunque diritto, a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari rispetto a quella sopra indicata.

Ai fini dell'operatività della Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di infortunio", è considerato 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;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da 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.



Che cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Non sono assicurabili le persone che svolgono una delle seguenti attività lavorative:

- ✗ addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
- ✗ palombari/sommozzatori;
- ✗ speleologi;
- ✗ paracadutisti;
- ✗ piloti commerciali privati (non di linea);
- ✗ addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico;
- ✗ collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili

La **Garanzia Principale** e le **Garanzie Aggiuntive "Decesso a seguito di infortunio" e "Malattia Terminale"** sono escluse in caso di Decesso dell'Assicurato derivante da:

Non sono assicurabili le persone che svolgono una delle seguenti attività lavorative:

- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, atti di terrorismo o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato si trovasse ancora nel territorio dell'accadimento. L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione della copertura assicurativa. L'elenco dei paesi a rischio, e per i quali il Ministero degli Esteri ha consigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo, è rilevabile sul sito internet www.viaggiereisicuri.it/home;
- ✗ 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 viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ 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;
- ✗ malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di infortuni/lesioni già noti all'Assicurato e non note all'Impresa al momento della sottoscrizione della polizza;

pratica delle seguenti attività sportive: scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci, alpinismo, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico.

La **Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di Infortunio"** è altresì esclusa in caso di Decesso dell'Assicurato derivante direttamente o indirettamente da:

- ✗ lo svolgimento di una delle seguenti professioni: 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, addetti ad organi di informazioni in attività all'estero
- ✗ la partecipazione 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);
- ✗ la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi.

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente Contratto di Assicurazione, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi Aveni Diritto devono denunciare il decesso o l'avvenuta diagnosi della Malattia Terminale entro 90 giorni dalla data dell'evento e per iscritto, fornendo la documentazione richiesta di seguito indicata

La comunicazione deve essere inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica. È altresì necessario collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

In caso di **Decesso da qualsiasi causa** e di **Decesso a seguito di Infortunio** del Contraente/Assicurato, è necessario produrre:

- l'originale del certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- la relazione medica attestante le cause del decesso inclusa l'anamnesi medica riferita ai 5 anni precedenti la data di decorrenza della Polizza;
- la copia conforme all'originale della cartella clinica, in caso di ricovero ospedaliero, o verbale del 118 e certificato di morte rilasciato dal medico competente;
- eventuale verbale del Pronto Soccorso;
- eventuale verbale redatto dalle Autorità competenti intervenute in caso di morte violenta o accidentale;
- la copia dell'autopsia e dei test tossicologici – se effettuati al momento del Decesso;
- l'atto di notorietà o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà nel quale viene indicato se il Contraente/Assicurato ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire. In caso di esistenza del testamento, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà o l'atto di notorietà devono riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
- originale (o copia autentica) del testamento se esistente;
- copia del documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

In caso di **diagnosi della Malattia Terminale**, è necessario produrre:

- la copia delle cartelle cliniche complete in riferimento alla malattia terminale;
- il certificato medico dello specialista che ha in cura il Contraente/Assicurato riportante:
 - l'anamnesi patologica remota e prossima con particolare riferimento al decorso della malattia terminale;
 - la data di prima diagnosi;
 - l'indicazione dell'aspettativa di vita.

La Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, si riserva di chiedere ulteriore documentazione qualora la stessa si renda necessaria per la corretta definizione dell'Indennizzo, riservandosi di chiedere la documentazione in originale.

Prescrizione: i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta della prestazione assicurata entro il termine di prescrizione, le Imprese di Assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Liquidazione della prestazione: la Compagnia riscontrata la regolarità della posizione assicurata e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario.

Dichiarazioni inesatte o reticenti:

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla stipula del Contratto di Assicurazione, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia può:

- a) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze con dolo o colpa grave:
 - opporre il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento
 - contestare la validità del Contratto entro 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza
- b) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze senza dolo o colpa grave:
 - ridurre, in caso di sinistro, la prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato
 - recedere dal Contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza

L'inesatta indicazione dell'età del Contraente/Assicurato comporta – in ogni caso – la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute e della Durata Contrattuale.



Quando e come devo pagare?

Premio: Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP Vita.

Rimborso: Il Contraente/Assicurato ha diritto al rimborso dei premi nei seguenti casi:

- a) perdita dei requisiti di assicurabilità o manifestazione di una condizione di inassicurabilità;
- b) recesso dal Contratto di Assicurazione.

In entrambi i casi, la Compagnia provvede a rimborsare al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con il diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e la parte di premio relativo al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Sconti: Non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata: Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.

In ogni caso, le garanzie cessano:

- in caso di esercizio del diritto di revoca o di recesso;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato non indennizzabili a termini di Polizza;
- in caso di mancato pagamento del premio una volta trascorso il periodo utile per la riattivazione;
- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità o manifestazione di una condizione di inassicurabilità.

Sospensione: Non è prevista la facoltà di sospendere le coperture assicurative.



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

Revoca: Per esercitare il diritto di revoca della Proposta di Assicurazione devi inviare una comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica, indicando gli elementi identificativi della Proposta di Assicurazione e precisando la tua volontà di revocare il contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborserà al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di Assicurazione.

Recesso: Per esercitare il diritto di recesso dal Contratto di Assicurazione devi inviare una comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica, allegando l'originale della Polizza con eventuali appendici e ogni altro documento contrattuale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e la parte di premio relativo al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Risoluzione: Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP Vita.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

Il Contratto non prevede valori di riscatto e riduzione.



A chi è rivolto il Contratto?

Questa polizza è ideale per chi desidera garantire ai propri cari una protezione assicurativa che preservi economicamente la famiglia dalle difficoltà che possono sopraggiungere in caso di scomparsa improvvisa o malattia terminale dell'Assicurato, soprattutto quando rappresenti il principale o l'unico produttore di reddito.



Quali costi devo sostenere?

Costi amministrativi gravanti sul premio:

Il costo della visita medica e degli esami, eventualmente richiesti, sono a carico del Contraente/Assicurato.

Non vi sono costi per l'emissione del contratto. La parte di premio trattenuto dalla Compagnia per far fronte alle spese di amministrazione del Contratto sono pari a 18 EUR all'anno.

Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 20%.

Costi per riscatto: Il Contratto RevalueLife non prevede costi in caso di riscatto.

Costi per la gestione del sinistro: Il contratto RevalueLife non prevede costi in caso di sinistro.

Tasse: Le imposte relative al Contratto sono a carico dell'Assicurato.

Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?

Eventuali reclami potranno essere presentati inviando una comunicazione a:

All'impresa assicuratrice

Squarelife Insurance AG

Landstrasse 33, FL-9491 Ruggell

Telefono: +423 237 15 65; email: customercare@squarelife.eu

All'FMA

Financial Market Authority Liechtenstein (FMA)

Landstrasse 109, LI-9490, Vaduz

Telefono: +4232367373; fax: +4232367374; email: info@fma-li.li

All'IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

via del Quirinale 21, IT-00187, Roma

Telefono: +39 06 421331; email: scrivi@ivass.it; pec: ivass@pec.ivass.it

Prima di ricorrere all'autorità giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi, 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 Società.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

Regime fiscale

Al contratto si applica il trattamento fiscale italiano. Ai sensi dell'art. 11 della Tariffa, Allegato C, allegata alla Legge 29 ottobre 1961, n. 1216, come modificata dal D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 47 i contratti di assicurazione sulla vita di qualunque specie sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità totale permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana sono detraibili nella misura e con le modalità previste dalla normativa di riferimento tempo per tempo vigente. Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato non sono soggette all'imposta sul reddito delle persone fisiche, in conformità al dettato normativo dell'art. 6, comma 2, del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 né all'imposta sulle successioni.

AVVERTENZE

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

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE 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 ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Condizioni di Assicurazione Coverholder Polizza Temporanea Caso Morte

1	Disciplina del Contratto	7
2	Oggetto dell'assicurazione e Prestazione Assicurata	7
2.1	Garanzia Principale	7
2.2	Garanzie Aggiuntive	7
2.3	Prestazione assicurata	8
3	Requisiti di assicurabilità	9
3.1	Persone assicurabili e limiti di età	9
3.2	Persone non assicurabili	9
4	Esclusioni e limitazioni	10
4.1	Garanzia Principale	10
4.2	Carenza	11
5	Validità territoriale	11
6	Premio	12
6.1	Pagamento del premio	12
7	Modalità assuntive	12
7.1	Definizione di Assicurato Non Fumatore	13
8	Conclusione del Contratto	15
9	Diritto di revoca della Proposta di Assicurazione	15
10	Decorrenza delle garanzie assicurative e Durata dell'Assicurazione	15
10.1	Durata dell'Assicurazione	15
11	Dichiarazioni del Contraente/Assicurato	16
12	Diritto di recesso	17
13	Mancato pagamento del premio: risoluzione	17
14	Ripresa del pagamento del premio: riattivazione	17
15	Diritto di riscatto, prestito e riduzione	18
16	Beneficiario della prestazione	18
17	Cessione, pegno e vincolo	18
18	Obbligazioni in caso di sinistro – Pagamento della prestazione assicurata	18
19	Prescrizione	19
20	Tasse e imposte	20
21	Modifiche dell'Assicurazione	20
22	Comunicazioni	20
23	Giurisdizione, Procedimento di Mediazione e Foro Competente	20
24	Legge applicabile al Contratto	20
25	Rinvio alle norme di legge	20

Glossario

Anno Assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

Appendice: 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 e per incasso delle rate di premio successive alla firma del contratto.

Adesione (o Proposta di Adesione o Proposta): l'adesione dell'Assicurato al contratto di assicurazione, stipulato dalla Contraente con la Società.

Assicurato: la persona fisica residente e/o domiciliata in Italia sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione come riportato sul Certificato di Assicurazione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei dati anagrafici dell'Assicurato e degli eventi attinenti alla sua vita professionale e sportiva e al suo stato di salute.

Assicuratore: vedere definizione di "Società".

Assicurazione: il Contratto stipulato tra il Contraente/Assicurato e la Compagnia, secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Avente diritto: il soggetto designato dall'Assicurato in qualità di beneficiario ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di morte dell'Assicurato. In mancanza di designazione dei beneficiari in sede di adesione, per Aveni Diritto, si intendono gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato ciascuno in parti uguali.

Beneficiario: 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

Capitale Assicurato (o Somma Assicurata): la somma, indicata nel Certificato di Polizza, fino alla concorrenza della quale la Compagnia si impegna a prestare le coperture e/o la prestazione prevista.

Carenza: periodo temporale – immediatamente successivo alla data di effetto dell'Assicurazione – durante il quale le garanzie del Contratto di Assicurazione non sono operanti. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Certificato di Polizza: il documento emesso dalla Società e intestato all'Assicurato, che prova la copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante del Set Informativo.

Cessione, Pegno e Vincolo: condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo di pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione 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.

Compagnia: Squarelife Lebensversicherungs Aktiengesellschaft (Squarelife), società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche "Società" o "Impresa di Assicurazione", con la quale in Contraente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

Conclusione del Contratto di Assicurazione: momento in cui il Contraente/Assicurato riceve la comunicazione dell'accettazione della Proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il Contratto sottoscritto dalla Compagnia.

Condizioni di assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Contraente: la persona fisica che coincide con l'Assicurato, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi.

Contratto (di Assicurazione sulla vita): 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 del decesso dell'Assicurato.

Data di decorrenza: data – indicata nel Certificato di Polizza – dalla quale le coperture divengono operanti ed il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il Premio pattuito.

Denuncia di Sinistro: comunicazione data secondo le modalità previste dal Contratto, che il Contraente/Assicurato o i suoi Aventi Diritto devono dare alla Compagnia a seguito di un Sinistro.

Documento Informativo Precontrattuale (o DIP Vita) e Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (o DIP Aggiuntivo Vita): documenti, redatti secondo le disposizioni europee e dell'IVASS, che la Compagnia deve consegnare al Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione, e che contengono informazioni relative alla Compagnia, al Contratto di Assicurazione ed alle relative caratteristiche assicurative e finanziarie.

Durata dell'Assicurazione (o Durata Contrattuale): periodo durante il quale le coperture previste dal Contratto di Assicurazione sono operanti e che intercorre tra la Data di decorrenza e la Scadenza dell'Assicurazione, indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di Assicurazione.

Età Assicurativa: l'età convenzionale della persona determinata in anni interi attribuitale per tutto il periodo compreso tra i 6 (sei) mesi che precedono e seguono il relativo compleanno. Ad esempio: 40 anni e 5 mesi equivalgono a 40 anni; 40 anni e 7 mesi equivalgono a 41 anni.

FMA (Financial Market Authority): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di sorveglianza nei confronti delle imprese di assicurazioni operanti in Liechtenstein, alla quale la Compagnia è sottoposta.

Impignorabilità e inalienabilità: principio secondo cui, ai sensi dell'art. 1923 Codice Civile, le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Indennizzo (o Indennità): la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro indennizzabile.

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione. L'IVASS ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 – Tel. 06 421331 – Fax. 06 42133206.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Malattia preesistente: malattia conosciuta e/o diagnosticata o insorta secondo giudizio medico prima della data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione incluso il Questionario Sanitario e dalla Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

Premio di assicurazione (o Premio): l'importo dovuto dal Contraente/Assicurato alla Compagnia.

Prescrizione: 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 10 (dieci) anni da quando si è verificato il fatto su cui si fondano.

Prestazione assicurata: la somma, pagabile sotto forma di capitale, che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso si verifichi l'evento assicurato.

Prestito: somma che il Contraente, se previsto nella forma tariffaria, può richiedere alla Compagnia, nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal Contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Compagnia ed il Contraente mediante apposita Appendice da allegare al Contratto. Non previsto per le polizze temporanee caso morte.

Proposta di Assicurazione: documento o modulo sottoscritto dal Contraente/Assicurato, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario Sanitario: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Contraente/Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione. Il Questionario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio.

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal Contratto di Assicurazione e farne cessare gli effetti.

Revoca: diritto del proponente di revoca la Proposta di Assicurazione prima della conclusione del Contratto di Assicurazione.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento dei premi arretrati, maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

Riduzione: diminuzione della prestazione assicurata, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione da parte del Contraente del pagamento dei premi annui, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per le polizze temporanee caso morte.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompe anticipatamente determinate tipologie di Contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali. Non previsto per le polizze temporanee caso morte.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro ed incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del Contratto di assicurazione sulla vita: infatti, l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Compagnia, ai sensi di legge, per far fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli Assicurati

Scadenza dell'Assicurazione: la data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Set Informativo: l'insieme della documentazione informativa, redatta secondo le disposizioni dell'IVASS, da consegnare al Contraente/Assicurato, composto da: DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione comprensive del presente Glossario, e dalla Proposta di Assicurazione, ove previsto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il Decesso dell'Assicurato.

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).

Condizioni di Assicurazione

1 Disciplina del Contratto

Il Contratto di Assicurazione Coverholder è disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, da quanto stabilito nella Proposta di Assicurazione, nel Certificato di Polizza e nelle eventuali Appendici firmate dalle parti.

Il Contratto di Assicurazione è costituito dalla Garanzia Principale e facoltativamente dalle Garanzie Aggiuntive.

2 Oggetto dell'assicurazione e Prestazione Assicurata

2.1 Garanzia Principale

Coverholder è un'Assicurazione Temporanea Caso Morte di durata poliennale a premio annuo costante che permette al Contraente/Assicurato di proteggersi in caso di **Decesso**.

In caso di Decesso del Contraente/Assicurato, verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

2.2 Garanzie Aggiuntive

Alla Garanzia Principale, versando un premio aggiuntivo, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di aggiungere delle Garanzie Aggiuntive.

Le seguenti Garanzie Aggiuntive sono valide solo se espressamente richiamate nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza con l'indicazione del relativo premio aggiuntivo e possono essere acquistate anche singolarmente:

a) Decesso a seguito di infortunio: in caso di Decesso del Contraente/Assicurato a seguito di infortunio, verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al doppio del Capitale Assicurato riportato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, fino ad un massimo di Euro 500.000,00, a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

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 del Contraente/Assicurato.

La somma assicurata verrà corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre 1 (un) 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 la Garanzia Aggiuntiva.

Sono considerati infortunio anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti ai termini delle presenti condizioni;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da 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.

b) Malattia Terminale (c.d. Terminal Illness): nel caso in cui venga diagnosticata al Contraente/Assicurato, prima della scadenza contrattuale, una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita di 6 (sei) mesi o inferiore, la Compagnia indennizza il Capitale Assicurato riportato nel Certificato di Assicurazione per la Garanzia Principale "Decesso", a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti.

La Garanzia Principale "Decesso" e la Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di infortunio" cesseranno una volta eseguito il pagamento del sinistro oggetto della Garanzia Aggiuntiva "Terminal Illness".

Accertato lo stato di malattia terminale, la Compagnia pagherà il Capitale Assicurato dalla presente Garanzia Aggiuntiva, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie, purché la valutazione del medico fiduciario della Compagnia sia concorde con quella del medico specialista che ha in cura l'Assicurato e purché la malattia comporti un'aspettativa di vita di 6 (sei) mesi o inferiore.

La Garanzia Aggiuntiva vale se la comunicazione della diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di scadenza della copertura assicurativa e non oltre 90 (novanta) giorni dalla data di diagnosi della malattia terminale.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente/Assicurato sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla Garanzia Principale e alle eventuali Garanzie Aggiuntive acquistate – riportate nel Certificato di Assicurazione – per la Durata Contrattuale prevista.

In caso di sopravvivenza del Contraente/Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il premio resterà acquisito dalla Compagnia, poiché viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità.

2.3 Prestazione assicurata

La Compagnia si obbliga a pagare ai Beneficiari designati dal Contraente/Assicurato o, in assenza di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari del Contraente/Assicurato, il Capitale Assicurato in parti uguali.

Il Capitale Assicurato è indicato nel Certificato di Polizza.

Il capitale minimo assicurabile è pari ad Euro 50.000,00 e quello massimo è determinato in base all'età del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, come di seguito indicato:

- Euro 750.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 18 (diciotto) e 50 (cinquanta) anni compiuti;
- Euro 500.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 51 (cinquantuno) e 60 (sessanta) anni compiuti;
- Euro 300.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 61 (sessantuno) e 65 (sessantacinque) anni compiuti;
- Euro 250.000,00 per gli assicurati di età compresa tra i 66 (sessantasei) e 70 (settanta) anni compiuti.

Il Capitale Assicurato previsto per la Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di infortunio", se acquistata, rimane costante per tutta la Durata Contrattuale indicata nel Certificato di Polizza.

3 Requisiti di assicurabilità

3.1 Persone assicurabili e limiti di età

L'età assicurativa del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione deve essere **compresa tra 18 (diciotto) e 70 (settanta) anni**, mentre a scadenza non può risultare **superiore a 80 (ottanta) anni**.

Inoltre, è assicurabile la persona fisica che al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione:

- sia **residente nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano** oppure sia residente in uno degli stati dell' **Unione Europea** e sia munita di Codice Fiscale o tessera sanitaria Italiana;
- abbia soddisfatto i requisiti previsti all'Art. 7 ("Modalità assuntive") delle presenti Condizioni.

3.2 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che svolgono una delle seguenti attività lavorative:

- addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
- palombari/sommozzatori;
- speleologi;
- paracadutisti;
- piloti commerciali privati (non di linea);
- collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Qualora il Contraente/Assicurato dovesse iniziare a svolgere una delle predette attività in corso di Contratto, la copertura assicurativa si intenderà cessata dalla medesima data ed eventuali sinistri che dovessero verificarsi successivamente non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Resta inteso che la Compagnia rimborserà al Contraente/Assicurato il Premio già pagato, al netto delle spese di emissione del Contratto e al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

4 Esclusioni e limitazioni

4.1 Garanzia Principale

Il rischio Decesso è coperto qualunque possa esserne la causa, salvo quanto di seguito stabilito.

La Garanzia Principale "Decesso" e le Garanzie Aggiuntive "Decesso a seguito di infortunio" e "Malattia Terminale" sono escluse in caso di Decesso del Contraente/Assicurato derivante da:

- **dolo** dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad **atti dolosi**;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di **guerra**, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato, atti di terrorismo o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile e il Decesso avvenga dopo 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato si trovasse ancora nel territorio dell'accadimento. L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione della copertura assicurativa. L'elenco dei paesi a rischio, e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo, è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it/home;
- 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 viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **infezione da virus HIV** o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- malattie o infortuni correlati all' **abuso di alcool**, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di **stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili**;
- **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**;
- **malattie** e/o conseguenze di situazioni patologiche o di **infortuni/lesioni già noti** al Contraente/Assicurato e non note alla Compagnia al momento della sottoscrizione della Polizza;
- pratica delle seguenti **attività sportive**: scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci, alpinismo, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico.

In aggiunta alle predette esclusioni, per la Garanzia Aggiuntiva "Decesso a seguito di infortunio" sono esclusi inoltre i casi di Decesso conseguenti direttamente o indirettamente:

- a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari dall'infortunio;
- allo svolgimento di una delle seguenti professioni: antennista, operaio con lavoro su tetti o ponteggi ad altezze superiori ai 12 (dodici) metri, operaio con utilizzo di macchinari pesanti, elettricista di impianti industriali, guide alpine, addetti ad organi di informazioni in attività all'estero;
- alla partecipazione 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);
- alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 (sei) mesi;
- a suicidio o tentato suicidio.

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente Contratto di Assicurazione, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

4.2 Carenza

Per la sola Garanzia Principale è previsto un periodo di carenza di 24 (ventiquattro) mesi decorrenti dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, decorrenti dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione, in caso di Decesso derivante da suicidio. Decorsi questi 24 (ventiquattro) mesi, la sola Garanzia Principale sarà operante anche in caso di suicidio.

Nel caso in cui sia prevista la stipula dell'Assicurazione senza visita medica, ma con la compilazione del Questionario Sanitario, Base o Standard, è previsto un periodo di carenza di 6 (sei) mesi per la morte da malattia o in caso di diagnosi della malattia terminale.

Qualora il sinistro si verifichi durante il periodo di carenza, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del Decesso o della diagnosi della malattia terminale.

5 Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida senza limiti territoriali.

6 Premio

6.1 Pagamento del premio

La prestazione assicurata viene garantita dietro pagamento di un premio annuo anticipato, il cui importo, costante per tutta la Durata dell'Assicurazione, è indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente/Assicurato.

L'entità del premio dipende:

- dall'età del Contraente/Assicurato;
- dal Capitale Assicurato;
- dalla Durata dell'Assicurazione;
- dallo stato di salute del Contraente/Assicurato;
- dalle attività professionali e sportive svolte del Contraente/Assicurato;
- dalle abitudini di vita del Contraente/Assicurato (Fumatore o Non Fumatore).

Il premio annuo può essere frazionato senza oneri aggiuntivi, in rate semestrali anticipate di importo costante ed è dovuto per tutta la Durata dell'Assicurazione, ma non oltre la data di Decesso del Contraente/Assicurato.

È possibile l'applicazione di un sovrappremio.

Non ci sono spese per l'emissione del Contratto .

I premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, contro Quietanza, secondo una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario
- carta di credito;
- addebito bancario continuativo a mezzo SEPA Direct Debit (S.D.D.).

La Compagnia non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle predette modalità di pagamento.

È ammessa una dilazione di 30 (trenta) giorni senza oneri di interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Il Contraente/Assicurato non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

7 Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute forniti dall'Assicurando.

In funzione dell'età dell'Assicurando e dell'ammontare del Capitale Assicurato, l'Assicurando deve alternativamente compilare un Questionario Sanitario, Base o Standard, o sottoporsi ad una visita medica – dopo aver effettuato gli esami del sangue e l'analisi completa delle urine, secondo le seguenti modalità:

Età	Questionario sanitaria Base	Questionario sanitario Standard	Visita Medica con Esami del sangue e delle urine
Da 18 a 50	Fino a €200.000	Da €200.000,01 a €350.000	Da €350.000,01 a €750.000
Da 51 a 60	Fino a €100.000	Da €100.000,01 a € 250.000	Da €250.000,01 a €500.000
Da 61 a 65	0	Fino a €100.000	Da €100.000,01 a €300.000
Da 66 a 70	0	Fino a €75.000	Da €75.000,01 a €250.000

Il costo della visita medica e degli esami richiesti rimane a carico del Contraente/Assicurato.

Si segnala che:

- in base alle informazioni raccolte, la Compagnia ha comunque diritto, a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari rispetto a quelli sopra indicati, allo scopo di potere adeguatamente valutare il rischio da assumere;
- nel caso in cui dal rapporto di visita medica e dagli accertamenti sanitari emergano patologie di rilievo dell'Assicurando, la Compagnia può rifiutare l'assunzione del rischio ovvero stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di un sovrappremio o l'esclusione di specifici rischi
- la Compagnia, a seguito degli accertamenti medici svolti, potrà anche rifiutare la sottoscrizione della Polizza.

7.1 Definizione di Assicurato Non Fumatore

Il presente Contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe a seconda dello stato di Fumatore o Non Fumatore del Contraente/Assicurato, ovvero del consumo di tabacco da parte di quest'ultimo. Il Contraente/Assicurato è considerato "Non fumatore" se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.);
- ha smesso di fumare da almeno 24 (ventiquattro) mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di Assicurazione per sua volontà e non su consiglio medico.

Nel caso in cui, durante la Durata dell'Assicurazione, cambiasse lo stato di Non Fumatore del Contraente/Assicurato, quest'ultimo è obbligato ad informare la Compagnia a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, tramite posta elettronica o tramite posta elettronica non certificata. La Compagnia, dopo aver ricevuto la notifica della modifica dello stato di Non Fumatore, ricalcolerà l'ammontare del premio in base all'età dell'Assicurato e alla Durata dell'Assicurazione. 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 caso di mancata comunicazione dello stato tabagico dell'Assicurato, la Compagnia pagherà, in caso di Decesso, in luogo del Capitale Assicurato riportato nel Certificato di Polizza, un importo ridotto che si ottiene moltiplicando il Capitale Assicurato per il rapporto tra il premio di Polizza ed il premio dovuto se l'Assicurato si fosse dichiarato fumatore.

Passaggio dallo stato di Non Fumatore a quello di Fumatore

Se il Contraente/Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo è tenuto a darne comunicazione scritta entro 30 (trenta) giorni.

In tale 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 dell'Assicurazione in essere.

La variazione dell'importo del premio ha effetto a partire dalla data di scadenza del primo premio o premio di rata aventi scadenza successiva 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 1 (un) mese dal ricevimento della comunicazione l'Appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

Passaggio dallo stato di Fumatore a quello di Non Fumatore

Se il Contraente/Assicurato, dichiaratosi Fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, per sua volontà e non su consiglio medico, il medesimo può darne comunicazione scritta.

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

La variazione dell'importo del premio ha effetto a partire dalla data di scadenza del 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 del Contraente/Assicurato nel corso della Durata dell'Assicurazione, la Compagnia si riserva la facoltà di verificare l'effettiva permanenza dello stato di Non Fumatore del medesimo, 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 il Contraente/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 abbia adempiuto l'obbligo della relativa comunicazione, la Compagnia agirà come previsto dall'Art. 1898 Codice Civile.

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.

In questi casi la Compagnia corrisponderà una somma pari all'ammontare della riserva matematica calcolata al momento del Decesso.

8 Conclusione del Contratto

La conclusione del Contratto di Assicurazione è subordinata alla valutazione dello stato di salute del Contraente/Assicurato.

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

Il Contratto di Assicurazione si considera concluso con la formale accettazione del rischio da parte della Compagnia, che provvederà ad inviare apposita lettera di conferma per il tramite dell'intermediario.

Resta inteso che nel caso in cui dalla documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio.

9 Diritto di revoca della Proposta di Assicurazione

Il Contraente, fino al momento di conclusione del Contratto di Assicurazione, ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione.

La revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata alla Compagnia per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica.

Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di revoca, la Compagnia è liberata da ogni obbligazione connessa al Contratto di Assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso.

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborserà al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di Assicurazione.

10 Decorrenza delle garanzie assicurative e Durata dell'Assicurazione

Salvo la carenza di cui al precedente Art. 4.2. ("Carenza"), le garanzie oggetto del Contratto di Assicurazione decorrono – cioè entrano in vigore e sono operanti – dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, purché il premio sia già stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, e rimangono in vigore per tutta la Durata Contrattuale, diminuita di un anno per la Garanzia Aggiuntiva "Terminal Illness" – se acquistata.

10.1 Durata dell'Assicurazione

La Durata dell'Assicurazione può essere fissata dal Contraente/Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 5 (cinque) anni ad un massimo di 30 (trenta) anni, a condizione che l'età assicurativa del Contraente/Assicurato non ecceda gli 80 (ottanta) anni nel corso della stessa.

La Durata della copertura della Garanzia Aggiuntiva "Terminal Illness", eventualmente sottoscritta, è pari alla Durata Contrattuale della Garanzia Principale "Decesso" diminuita di 1 (un) anno.

In ogni caso, le garanzie cessano:

- in caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la Garanzia Principale o per una delle Garanzie Aggiuntive, se riportate nel Certificato di Polizza;
- in caso di Decesso del Contraente/Assicurato non indennizzabile a termini di Polizza;
- alla conclusione della Durata Contrattuale della Polizza;
- in caso di esercizio del diritto di revoca o di recesso;
- in caso di mancato pagamento del premio una volta trascorso il periodo utile per la riattivazione;
- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità o manifestazione di una condizione di non assicurabilità. caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la Garanzia Principale o per una delle Garanzie Aggiuntive, se riportate nel Certificato di Polizza;

11 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e del Questionario Sanitario, Base o Standard, o in occasione della visita medica devono essere esatte, complete e veritiere (Artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla stipula del Contratto di Assicurazione, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia può:

a) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze con dolo o colpa grave:

- opporre il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
- contestare la validità del Contratto entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze senza dolo o colpa grave: recedere dal Contratto entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

- ridurre, in caso di sinistro, la prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato;
- recedere dal Contratto entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Il Contraente/Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia le modifiche relative all'attività professionale, all'attività sportiva e alle abitudini di vita (Fumatore o Non Fumatore), eventualmente intervenute in corso di Contratto.

Il Contraente/Assicurato, ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile, deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. La Compagnia, entro 15 (quindici) giorni dal ricevimento della comunicazione, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia, ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio soltanto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione del Contraente/Assicurato.

L'inesatta indicazione dell'età del Contraente/Assicurato comporta – in ogni caso – la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute e della Durata Contrattuale.

12 Diritto di recesso

Il Contraente/Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione che il Contratto è concluso.

L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione del Contratto di Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del premio, l'impegno ad esso si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal Contratto di Assicurazione deve essere comunicata per iscritto alla Compagnia a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica, allegando l'originale di Polizza con eventuali Appendici e ogni altro documento contrattuale.

La notifica del recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata o di invio della posta elettronica.

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, la Compagnia provvede a rimborsare al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere:

- le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate sia nella Proposta di Assicurazione sia nelle presenti Condizioni Contrattuali come riportato al precedente Art. 6.1 ("Pagamento del premio");
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

13 Mancato pagamento del premio: risoluzione

Il mancato pagamento del premio relativo al primo anno assicurativo o dei premi successivi determina, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla scadenza, la risoluzione di diritto del Contratto e i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia e in caso di Decesso dell'Assicurato durante tale periodo, la prestazione assicurata non è dovuta.

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

14 Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro 6 (sei) mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente/Assicurato ha diritto di riattivare l'Assicurazione, previa sottoscrizione della dichiarazione di Invariato Stato di Salute, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

La riattivazione può avvenire anche entro un termine massimo di 1 (un) anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo dietro espressa domanda presentata per iscritto dal Contraente/Assicurato alla Compagnia, e previa accettazione, a proprio insindacabile giudizio, di quest'ultima, che può richiedere al Contraente/Assicurato di sottoporsi a visita medica con nuovi accertamenti sanitari, indipendentemente dalla somma assicurata e dall'età.

La Compagnia informerà per iscritto il Contraente/Assicurato con l'esito della valutazione della riattivazione e con l'indicazione dei premi scaduti e non versati, comprensivi di interessi calcolati al tasso legale.

In caso di riattivazione, la copertura assicurativa entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, a partire dal momento in cui il Contraente/Assicurato:

- sottoscrive la relativa Appendice di riattivazione;
- paga l'importo complessivo dei premi arretrati e i relativi interessi calcolati al tasso legale.

15 Diritto di riscatto, prestito e riduzione

La Polizza non prevede forme di riscatto, prestito o riduzione delle somme assicurate.

16 Beneficiario della prestazione

I Beneficiari della prestazione assicurata saranno i soggetti designati dal Contraente/Assicurato o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari del Contraente/Assicurato. Il Contraente/Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi (Art. 1921 Codice Civile):

- a) dopo che il Contraente/Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b) da parte degli eredi dopo la morte del Contraente/Assicurato;
- c) dopo che, verificatosi l'evento che fa sorgere l'obbligo della Compagnia di eseguire la prestazione assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

Le somme corrisposte dalla Compagnia al Beneficiario godono del principio di impignorabilità e inalienabilità.

17 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente/Assicurato può cedere ad altri il Contratto così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente/Assicurato, effettua la relativa annotazione su apposita Appendice di Polizza.

Nel caso indicato all'Art. 16 lett. a), le operazioni di cessione e vincolo di Polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

18 Obbligazioni in caso di sinistro – Pagamento della prestazione assicurata

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi Aveni Diritto devono denunciare il Decesso o l'avvenuta diagnosi della Malattia Terminale entro 90 (novanta) giorni dalla data dell'evento e per iscritto, fornendo la documentazione richiesta di seguito indicata.

La comunicazione deve essere inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica. È altresì necessario collaborare

È altresì necessario collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

In caso di **Decesso da qualsiasi causa** e di **Decesso a seguito di Infortunio del Contraente/Assicurato**, è necessario produrre:

- l'originale del certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- la relazione medica attestante le cause del Decesso inclusa l'anamnesi medica riferita ai 5 (cinque) anni precedenti la data di decorrenza della Polizza;
- la copia conforme all'originale della cartella clinica, in caso di ricovero ospedaliero, o verbale del 118 e certificato di morte rilasciato dal medico competente;
- eventuale verbale del Pronto Soccorso;
- eventuale verbale redatto dalle autorità intervenute in caso di morte violenta o accidentale;
- la copia dell'autopsia e dei test tossicologici – se effettuati al momento del Decesso;
- l'atto sostitutivo di notorietà o copia del testamento dal quale risulta la determinazione degli eredi;
- copia del documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

In caso di **diagnosi della Malattia Terminale**, è necessario produrre:

- la copia delle cartelle cliniche complete relative alla malattia terminale;
- il certificato medico dello specialista che ha in cura il Contraente/Assicurato riportante:
 - a) l'anamnesi patologica remota e prossima con particolare riferimento al decorso della malattia terminale;
 - b) la data di prima diagnosi;
 - c) l'indicazione dell'aspettativa di vita

La Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, si riserva di chiedere ulteriore documentazione qualora la stessa si renda necessaria per la corretta definizione dell'Indennizzo, riservandosi di chiedere la documentazione in originale.

La Compagnia riscontrata la regolarità della posizione assicurata e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 (trenta) giorni, al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario.

19 Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione **si prescrivono in 10 (dieci) anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni, in caso di omessa richiesta della prestazione assicurata entro il termine di prescrizione, le Imprese di Assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

20 Tasse e imposte

Tutte le tasse e imposte derivanti dal rapporto assicurativo, in vigore alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione o in future, sono esclusivamente a carico del Contraente o dei Beneficiari o degli aventi diritto.

L'Assicuratore si riserva il diritto di inserire tali tasse e imposte nel Certificato di Assicurazione o nelle quietanze successive, se previste.

21 Modifiche dell'Assicurazione

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

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

22 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto, devono essere fatte per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica, ove previsto, in lingua italiana.

Le comunicazioni da parte della Compagnia avvengono esclusivamente tramite posta elettronica.

23 Giurisdizione, Procedimento di Mediazione e Foro Competente

Tutte le controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana.

In caso di controversia tra le parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni rimettendo la controversia esclusivamente ad un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia ed inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).

Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, il Foro Competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente/Assicurato.

24 Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Compagnia a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

25 Rinvio alle norme di legge

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

Squarelife Lebensversicherungs-AG ("Squarelife") Informativa sulla privacy

Questa Informativa sulla Privacy è stata creata per farle sapere come i vostri dati personali vengono trattati da Squarelife e quali sono i vostri diritti secondo le norme sulla protezione dei dati.

Titolare del trattamento

Squarelife Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft ("Squarelife")
Landstrasse 33
9491 Ruggell
Liechtenstein
info@squarelife.li
Iscrizione nel registro pubblico del Liechtenstein
Numero di registro FL-0002.197.226-9

Potete rivolgervi al nostro responsabile della protezione dei dati per posta all'indirizzo sopraindicato. Si prega di contrassegnare la corrispondenza con la dicitura "Responsabile della protezione dei dati della FAO". In alternativa, è possibile inviare un messaggio e-mail a: customer-care@squarelife.li

Finalità e basi giuridiche dell'elaborazione dati

Trattiamo i vostri dati personali in conformità con il regolamento generale dell'UE sulla protezione dei dati (GDPR), i regolamenti specifici per paese sulla protezione dei dati, i regolamenti pertinenti sulla protezione dei dati della legge sui contratti di assicurativi e tutte le altre leggi pertinenti.

Se richiedete una copertura assicurativa, utilizziamo le informazioni che ci fornite per stipulare il contratto e stimare il rischio che dobbiamo assumerci. In caso di stipulazione di un contratto di assicurazione, tali dati vengono da noi trattati per l'esecuzione di rapporti contrattuali quali l'emissione della polizza o la fatturazione. Avremo bisogno di dettagli sui sinistri, ad esempio per poter verificare se è possibile presentare una richiesta di indennizzo e l'entità del danno subito.

Non possiamo entrare in merito o stipulare un contratto di assicurativo senza elaborare i vostri dati personali.

Inoltre, abbiamo bisogno dei vostri dati personali per creare statistiche specifiche per l'assicurazione, ad esempio per lo sviluppo di nuove tariffe o per soddisfare i requisiti normativi. Utilizziamo i dati risultanti da tutti i contratti Squarelife per monitorare le relazioni con i nostri clienti, ad esempio per fornire consigli sugli adeguamenti o sulle estensioni contrattuali, per prendere decisioni basate sulla buona volontà o per fornire informazioni dettagliate.

La base giuridica per questo trattamento di dati personali a fini precontrattuali e contrattuali è l'articolo 6, paragrafo 1, lettera b), del regolamento relativo alla protezione dei dati personali. Se sono necessarie categorie particolari di dati personali (ad es. dati relativi alla salute al momento della stipulazione di un'assicurazione sulla vita), otteniamo il consenso dell'assicurato ai sensi dell'articolo 9 capoverso 2 lettera a in combinato disposto con l'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. Se creiamo statistiche utilizzando queste categorie di dati, ciò avverrà in base all'articolo 9, paragrafo 2, lettera j), del GDPR in combinazione con le norme specifiche per paese in materia di protezione dei dati.

Inoltre, trattiamo i vostri dati per proteggere i nostri interessi legittimi o quelli di terzi (art. 6 cpv. 1 lett. f LDPR). Ciò può essere necessario nei seguenti casi:

- garantire la sicurezza e il funzionamento dell'informatica,
- la prevenzione e la spiegazione di reati; in particolare, l'analisi dei dati consente di rilevare eventuali indizi di frode assicurativa.

Inoltre, trattiamo i vostri dati personali per adempiere a obblighi legali quali requisiti normativi, requisiti di conservazione regolati da leggi commerciali e fiscali e il nostro dovere di consulenza. La base giuridica per questo trattamento è costituita dalle rispettive disposizioni di legge in combinazione con l'articolo 6, paragrafo 1, lettera c), del GDPR.

Se dovessimo trattare i vostri dati personali per uno scopo diverso da quello sopra menzionato, vi informeremo in anticipo nell'ambito delle disposizioni di legge.

Categorie di Dati Personali Destinatari

Riassicuratore:

Assicuriamo i nostri rischi con speciali compagnie di assicurazione denominate riassicuratori. A tal fine può essere necessario comunicare al riassicuratore le informazioni relative al contratto e/o al sinistro, in modo che questi possa farsi un'idea del rischio o del sinistro. Inoltre, è possibile che il riassicuratore sostenga la nostra azienda con le sue competenze specialistiche nell'ambito del controllo dei rischi o delle prestazioni, nonché nella valutazione delle procedure. Trasmettiamo i dati al riassicuratore solo se ciò è assolutamente necessario per l'esecuzione del nostro contratto di assicurazione o per la tutela dei nostri interessi legittimi. Potete richiedere ulteriori informazioni sul riassicuratore di cui ci avvaliamo contattandoci all'indirizzo sopra indicato.

Agente:

Se i vostri contratti assicurativi sono gestiti da un agente, questi elaborerà la domanda, i dati contrattuali e i dati relativi ai sinistri necessari per stipulare ed eseguire il contratto. La nostra azienda inoltre trasmetterà questi dati all'agente assegnato se questi ne hanno bisogno per gestire e consigliare sulla vostra polizza e questioni di servizio finanziario.

Elaborazione dei dati all'interno del gruppo aziendale:

Le divisioni specializzate del nostro gruppo aziendale svolgono determinati compiti di elaborazione dati a livello centrale per le società affiliate al gruppo. Se tra Lei e Squarelife esiste un contratto di assicurazione, i Suoi dati possono essere trattati centralmente da un'azienda affiliata al gruppo per l'amministrazione centrale degli indirizzi, l'assistenza telefonica ai clienti, l'elaborazione delle polizze e dei sinistri, l'incasso e il pagamento o la gestione collettiva della posta.

Il gruppo societario è costituito dalle seguenti società:

- Squarelife AG, Liechtenstein
- Lifeware SA, Svizzera
- Lifeware GmbH, Germania
- Lifeware SA, Lussemburgo

Fornitori esterni di servizi:

Per adempiere ai nostri obblighi contrattuali e legali ci avvaliamo, in una certa misura, di fornitori di servizi esterni. È possibile richiedere ulteriori informazioni sugli appaltatori e fornitori di servizi che utilizziamo contattandoci all'indirizzo di cui sopra.

Destinatari supplementari:

Inoltre, per adempiere ai nostri obblighi legali di comunicazione (ad es. enti di previdenza e assistenza sociale, autorità finanziarie o autorità preposte all'applicazione della legge), trasferiamo i vostri dati personali ad altri destinatari.

Durata della conservazione dei dati

I Suoi dati personali vengono cancellati non appena non sono più necessari per le finalità sopra indicate. Ciò significa che i dati personali possono essere conservati per il periodo in cui possono essere avanzate richieste di risarcimento nei confronti della nostra azienda (ad esempio, i termini di prescrizione previsti dalla legge tra tre e trenta anni). Inoltre, conserviamo i vostri dati personali per tutto il tempo che ci è richiesto dalla legge. I relativi obblighi di prova e di ritenzione derivano, tra l'altro, dalla legislazione fiscale e dalla legge sul riciclaggio di denaro. Il periodo di conservazione in questo caso è di dieci anni.

Diritti degli interessati

Puoi richiedere informazioni sui tuoi dati personali contattandoci all'indirizzo sopra indicato. Inoltre, in alcuni casi, potete anche richiedere che i vostri dati vengano corretti o cancellati. Potete inoltre esercitare il diritto di limitare il trattamento dei vostri dati e il diritto di divulgare i vostri dati in un formato strutturato, convenzionale e leggibile elettronicamente.

Diritto all'opposizione

Avete il diritto di opporvi al trattamento dei vostri dati per scopi di pubblicità diretta. Se trattiamo i vostri dati per proteggere interessi legittimi, potete opporvi a questo trattamento se ci sono motivi che derivano dalla vostra particolare situazione che sono contrari al trattamento dei dati.

Diritto di presentare un reclamo

Avete il diritto di presentare un reclamo al suddetto responsabile della protezione dei dati o all'autorità di vigilanza competente. Potete richiedere informazioni sull'autorità di controllo competente per la protezione dei dati contattandoci all'indirizzo sopra indicato.

Scambio di dati con l'assicuratore precedente

Al fine di verificare i vostri dati o, se necessario, di integrarli al momento della stipula di un contratto di assicurazione o quando si presenta una richiesta di indennizzo, potrebbe essere necessario scambiare i dati personali con l'assicuratore precedente indicato nella vostra domanda.

Trasferimento di dati a paesi terzi

Se abbiamo bisogno di trasferire dati personali a fornitori di servizi al di fuori dello Spazio economico europeo (SEE), lo faremo solo se la Commissione europea può confermare che il paese terzo ha un livello adeguato di protezione dei dati o se esistono altre garanzie di protezione dei dati (ad esempio, regolamenti vincolanti sulla protezione dei dati all'interno della società o clausole contrattuali tipo dell'UE).

Decisioni automatizzate caso per caso

In alcuni casi, sulla base dei dati che ci fornite, prendiamo decisioni completamente automatizzate quando si tratta di trattamento delle domande e dei contratti, nonché di trattamento dei sinistri e delle richieste di risarcimento. La decisione si basa in particolare sui vostri dati personali relativi alle caratteristiche di rischio. Queste decisioni completamente automatizzate si basano principalmente sulle condizioni contrattuali e sulle regole e linee guida di elaborazione che ne derivano.

POLIZZA CHI- XXXX-XXXX

DATI PRINCIPALI

Numero di assicurazione	CHI-xxx-xxxx
Tipo di assicurazione	Assicurazione sulla vita
Formula scelta	Coverholder
Contraente	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Assicurato	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Durata	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Premio	xxx EUR (annualmente)
Assicurazione	xxxxx EUR
Fumatore	No
Dinamica	0%
Condizioni Generali	XXXXXXXXXX
Beneficiari	coniuge o partner di vita (al momento della morte)

ELEMENTI DEL CONTRATTO

- Questa polizza assicurativa
- La proposta online
- Condizioni generali di assicurazione per l'assicurazione sulla vita
- Informativa relativa al trattamento dei dati personali

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente, fino al momento di conclusione del Contratto di Assicurazione, ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione. La revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata alla Compagnia per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica certificata (P.E.C.). Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di revoca, la Compagnia è liberata da ogni obbligazione connessa al Contratto di Assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso. Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborserà al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di Assicurazione.

La revoca deve essere indirizzata a:
Coverholder
Strada 4 Palazzo Q5, 20090 Milano
Tel.: +39 02 45 39 7575
E-Mail: info@coverholder.it

COMPAGNIA ASSICURATIVA

Squarelife Insurance AG ('Squarelife')
Landstrasse 33
9491 Ruggell
Liechtenstein
info@squarelife.eu

Squarelife è una compagnia di assicurazione sulla vita.
Iscritta al Registro pubblico del Liechtenstein.
Numero di registrazione: FL-0002.197.226-9

Proposal Form: xxxxxxxxx

Quote Id: xxxxx

Data: xxxxxx

Data Inizio Rischi

Data inizio rischi	xxxxxxxx
--------------------	----------

Copertura assicurativa TCM

Somma Assicurata	xxxxxx
Durata(anni)	xxxx
Sesso	xxxx
Sei un fumatore?	xx
Data di nascita	
Giorno	x
Mese	xxxxxx
Anno	xxxxx
Emissione di Polizza	
Estendere la copertura assicurativa ad altri beneficiari	xx
Type	xxxxxx
Codice fiscale	xxxxxxxxxxx

Esclusioni Generali

Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero?	xx
Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per cancro, tumori maligni, neoplasie, leucemia, linfomi?	xx
Negli ultimi 5 anni ha ricevuto una diagnosi, o si è sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure, trattamenti per una delle seguenti malattie?	

Infarto miocardico, bypass e/o stent, angina pectoris, difetti valvolari, cardiomiopatie.	XX
Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale.	XX
Diabetes, obesity.	XX
Epatite B o C o cirrosi epatica, epatopatia alcolica pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa.	XX
Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.	XX
Trapianto d'organo.	XX
Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), morbo di Huntington.	XX
Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate.	XX
E' titolare di una pensione di inabilità o invalidità per malattia oppure ha fatto richiesta per ottenerla?	XX
Attualmente effettua una terapia medica (farmacologica e non) continuativa da oltre 30 giorni consecutivi?	XX
Il Contraente/Assicurato svolge una delle seguenti attività lavorative: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o supiattaforme petrolifere; palombaro/sommozzatore speleologo; paracadutista; pilota commerciale privato (non di linea); collaudatore di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili	XX
Il Contraente/Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: Scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci, alpinismo, arrampicata libera, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosciabatico	XX
A partire da febbraio 2020 ha presentato febbre e/o tosse, mal di gola, respiro corto oppure è o è stato in quarantena o è risultato positivo al nuovo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19) o è stato in stretto contatto con persone messe in quarantena o a cui è stato diagnosticato il nuovo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)	XX

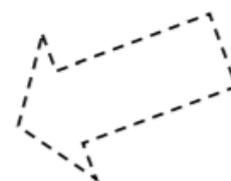
Anagrafica

Cognome / Ragione Sociale *	XXXXXX
Nome *	XXXXXXX
Partita Iva / Codice Fiscale *	XXXXXXXXXXXX

Indirizzo di posta elettronica	XXXXXXXXXX
Nazione *	XXXXX
Provincia *	XXXXX
Città *	XXXXX
Indirizzo *	XXXXXXXXXX
CAP *	XXXXXX
Phone	

Bisogni Assicurativi - Informativa IDD

Quali sono le sue esigenze assicurative?	Protezione
Quali sono i suoi destinatari assicurativi?	Nucleo familiare / Persone care / Animali / Persone chiave
Quali sono le sue esigenze assicurative?	Premorienza



Data

XXXXXX

L'Assicurato o il Contraente

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

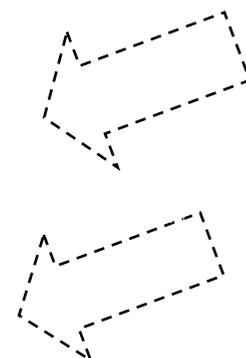
La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



IMPORTANTE

EURO-AMERICAN SRL si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

Insurtech MGA Sr si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

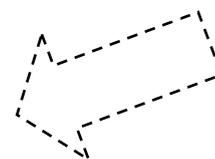
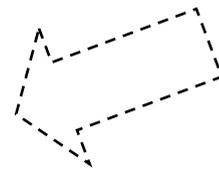
"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è Insurtech MGA Srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



PRODUCT APPROVAL PROCEDURE | 2021



Internal policy of Squarelife Life Insurance

This policy is drafted in compliance with the relevant laws of Liechtenstein, as in force from time to time.

It should be noted that the product approval process is subject to the proportionality principle. Despite the fact that any product development is done by a very small and constant group of people, documenting uniformly the activity done, it is nonetheless Squarelife commitment that the IDD requirements are met.

With Squarelife's clear strategy in mind, any new product idea must first be reviewed to ensure that it is in line with the strategy.

This Squarelife internal guideline is based on the Commission Delegated Regulation (EU) 2017/2358 (Product Oversight and Governance).

Definition of insurance product and material change

The definitions of insurance product and material change are relevant for the specific product approval procedure that applies to the new product or its material change. A new insurance product or a material change exists if the product manufacturer advertises the launch of a new product in the market or the innovation or the change of a product already offered in the market or if the addressed target market changes. A material change can also be considered if the change is considered material from the perspective of the addressees in the target market. This may be the case, for example, if a combination insurance policy covering various risks is extended to include an additional risk.

The adaptation of existing insurance products for individual customers as well as the design of individual contracts upon request, on the other hand, are not considered to be the production of insurance products in accordance with Article 3(3) DVO POG. Mere changes in premiums also typically do not constitute a material change. This applies in any case where special regulatory requirements exist for premium changes.

Squarelife's management commits to evaluating each change or innovation of a product, if relevant for an explicit product release procedure.

Product descriptions are submitted to the Board of Directors and filed in the administrative system.

Target market

The target market describes the group of potential customers in general and abstract terms. This allows for adapting the characteristics of the product to the needs, characteristics and objectives of the group of customers. The insurance company must check whether this is guaranteed over the entire life of the product. The level of detail in the description of the target market takes into account the characteristics, risk profile and complexity of the insurance product.

Squarelife commits to describe a target market for itself and all partners with whom products are co-developed or who distribute Squarelife's products. Both the description and the review follow the proportionality principle. The target market descriptions are submitted to the Board of Directors and filed in the management system.

Distribution

The sales strategy includes the distribution channel. The level of the advice required must take into account the sale force used, the characteristics of the product and the demands and needs of the client. A completely digitalized sales force may be unsuitable for a product for which the customer needs more advice.

In addition, it must be determined what types of information the sales department must receive so that it can fulfill its duties to advise and inform customers under civil law. More detailed requirements in this regard are contained in particular in Article 8(2) and 8(3) DVO POG, to which this policy refers.

Within the framework of an appropriate business organization, the companies must ensure that their products are distributed to the specific target market. An increased cancellation rate may indicate that this is not the case or that the target market is incorrectly selected and the product does not meet its needs. This may prompt a review of the product as part of product monitoring.

Squarelife strategy basically provides for digital distribution channels mainly. Use of more traditional channels (such as brokers) cannot be totally excluded.

Squarelife checks at start and regularly (on a continuous basis pending the contractual relationship) the professional and organizational requirements of those engaged in the distribution activity, including their honorability, the correct underwriting and management of the risks by the intermediaries, the compliance with the local conduct rules and the transparency of the transactions, in light of the protection of the consumers.

Squarelife implements dashboards for each product and distribution channel to monitor key performance indicators and takes appropriate measures where KPI are not met.

Squarelife will use product release metrics to verify compliance with the above.

Monitoring

Squarelife commits to a regular review (normally on an annual basis) on whether the products are - still - in line with the target market.

In addition, Squarelife regularly checks if circumstances have occurred that require customers to be informed. In particular, Squarelife verifies whether the target market remains unchanged during the life cycle of the product.

Ruggell, January 2019

Requirements for the business organization also arise from the obligation to monitor products. This applies in particular to Article 7(3) DVO POG, which regulates the handling of circumstances that may have an adverse effect on the customer of the product in question. Companies are required by supervisory law to establish a procedure for identifying such circumstances. In addition, they may have to check which insurance relationships of which customers are affected and whether an obligation to inform these customers results from the insurance relationship.

Based on the experience and implementations in 2019, no further measures or adjustments to the policy are currently necessary.

Ruggell, March 2020

New product partners, product ideas, products, assessments, etc. are stored in the system daily and sent via mail once a week to the management board and involved employees of Squarelife

Ruggell, February 2021


(Jörg Dreisow) (Elias Vicari)

