



Harmonie
mutuelle
Italia

CONTRATTO ASSICURATIVO

Copertura Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale

Polizza Collettiva

Prodotto Protezione Vita

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA
LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

Prodotto redatto in conformità alle Linee guida sulla semplificazione dei contratti

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

POLIZZA COLLETTIVA

GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE

Nel presente documento sono contenuti:

- **Documento Informativo precontrattuale;**
- **Documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo;**
- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario;**
- **Fac-simile modello di proposta contrattuale**
- **Informativa privacy;**
- **Fac-simile modello di reclamo**

AVVERTENZA:

il Set. Informativo deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della polizza

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune.

HARMONIE MUTUELLE ITALIA è la sede secondaria di «HARMONIE MUTUELLE», ente mutualistico francese, regolato dal Libro II del Codice della Mutualità francese, iscritta al registro nazionale delle mutue (R.N.M.) con sede a Parigi (Francia), 143 rue Blomet.

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II – elenco I – provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it. L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 3.242.903.130 miliardi di cui Euro 1.567.313.242 miliardi di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE

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



Impresa che realizza il Prodotto: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Harmonie Mutuelle esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con Codice IVASS Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013

Prodotto: TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

il presente DIP Vita è stato redatto nel mese di Aprile 2021 ed è l'ultimo disponibile

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

Di che tipo di assicurazione si tratta?

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva monoannuale, che garantisce la copertura del rischio di morte da ogni causa a un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza annuale dell'assicurazione.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO:

In relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura e a fronte del versamento del relativo premio la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi così come disciplinato dal codice civile

b) PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE:

In caso di infortunio o malattia – sempreché l'evento si verifichi prima della scadenza dell'assicurazione - che abbia come conseguenza una invalidità totale permanente di grado superiore al 66% la Società liquida all'Assicurato il capitale designato in polizza.

- Partecipazione attiva o indiretta a atti di guerra, guerra civile, operazioni militari, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo e sabotaggio e tumulti popolari;
- Pratica di sport a titolo professionale, amatoriale di alto livello o remunerato, la partecipazione dell'Assicurato a tentativi di record, acrobazie, ruoli di stuntman, prove, scommesse e sfide; salvo accettazione speciale della Società, menzionato nella scheda di polizza;
- Pratica di sport aerei, salto con l'elastico (bungee jumping) a titolo amatoriale o professionale, pratica di sport che necessitano l'utilizzo di congegni e macchine a motore (terrestre, marittimo o aereo)
- 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.
- Trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi dalla garanzia i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario;
- Suicidio o tentativi di suicidio avvenuti durante i primi due anni dalla data di effetto della copertura o dell'eventuale aumento del capitale assicurato
- Fatti avvenuti o provocati intenzionalmente dall'Assicurato in stato di ebbrezza (tasso alcolemico superiore al limite minimo fissato dal codice della strada) o sotto l'effetto di droghe, sostanze stupefacenti e/o sostanze psicotrope non prescritti da un medico
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;



Ci sono limiti di copertura?

- Possono essere inclusi nell'assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età non superiore a 80 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato l'ottantesimo anno di età. L'età dell'Assicurato viene determinata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi.
- Durante il periodo di massimo sessanta giorni di carenza assicurativa la copertura verrà limitata ai soli casi di morte derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.



Che obbligo ho? Che obblighi ha l'impresa?

- ✓ Fornire risposte complete ed accurate alle domande poste dalla Compagnia.
- ✓ Comunicare a mezzo PEC o A/R qualsivoglia evento che apporti una modifica alle condizioni contrattuali pattuite all'atto della sottoscrizione del contratto.
- ✓ In caso di decesso o invalidità totale dell'Assicurato, il Contraente o I/gli avente/i diritto deve/devono inoltrare immediata denuncia alla Società a mezzo PEC o A/R.
- ✓ Versare il premio entro i termini stabiliti.
- ✓ La Società si impegna a liquidare i sinistri entro 30 gg. dalla presentazione della documentazione completa



Quando e come devo pagare?

- ✓ L'ammontare del premio per il singolo sarà determinato al momento della stipula della Polizza e per la durata di un anno, in funzione al sesso e all'età raggiunta dall'Assicurato e all'importo del capitale assicurato
- ✓ Il premio dovrà essere versato dalla Contraente/Associata in via anticipata per tutti i nominativi/aderenti inizialmente comunicati.
- ✓ Il pagamento dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- ✓ L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza definito in polizza;
- ✓ Il premio è dovuto dal Contraente, insieme ai diritti fissi, in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura.



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

- ✓ Il contratto di polizza ha durata annuale tacitamente rinnovabile per lo stesso periodo, salvo disdetta data da una delle Parti con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo pec.
- ✓ Le Parti hanno facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale intermedia.
La Contraente qualora dovesse esercitare tale facoltà potrà dare preavviso entro 30 giorni prima di ciascuna scadenza anniversaria.
- ✓ Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 giorni da effettuarsi mediante lettera raccomandata. In tale caso entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.



Sono Previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il Contratto non prevede il diritto di riscatto né di riduzione

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE

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



Compagnia: Harmonie Mutuelle
Società costituita in base a leggi di altro Stato

Prodotto: TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto in Aprile 2021 ed è l'ultimo disponibile

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

Harmonie Mutuelle

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia

sede secondaria: Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,

Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –

E- Mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it

Sito Internet: <http://www.harmonie-mutuelle-italia.it>

La società esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con codice Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013.

L'ammontare del patrimonio netto alla data del 31 dicembre 2020 è pari a Euro 3.242.903.130 miliardi di cui Euro 1.567.313.242 miliardi di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.



Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

! | Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, l'assunzione dei rischi è subordinata ai seguenti criteri:

A. Per Aziende con numero Assicurati inferiore a n. 10 unità

- per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 300.000,00=, sarà richiesta la compilazione del questionario anamnestico concernente il loro stato di salute e le abitudini di Vita (su modulo fornito dalla società)
- per capitali assicurati superiori a € 300.000,00 e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario anamnestico , una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Società)
- per capitali assicurati superiori a € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario anamnestico , una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Società) e gli esiti dei seguenti esami di laboratorio: Emocromo completo con formula + ECG basale + Esame urine + profilo lipidico transaminasi AST, ALT e Gamma GT, creatinina, glicemia

B. Per Aziende con numero Assicurati superiore a n. 10 unità

- per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 300.000,00=, sarà richiesta la compilazione da parte dell'Azienda di una dichiarazione "FIT FOR WORK" cumulativa per tutti i nominativi assicurati;
- per capitali assicurati superiori a € 300.000,00e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario anamnestico (su moduli forniti dalla Società);
- per capitali assicurati superiori a € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Società richiederà compilazione del questionario anamnestico , una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Società) e gli esiti dei seguenti esami di laboratorio: Emocromo completo con formula + ECG basale + Esame urine + profilo lipidico transaminasi AST, ALT e Gamma GT, creatinina, glicemia.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	<p>In caso di decesso dell'Assicurato La Contraente o gli aventi diritto devono presentare alla Società:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Documentazione amministrativa e/o giudiziaria sulle cause del decesso2. Certificato di morte3. Verbale delle Autorità (qualora intervenute)4. Certificato di nascita dell'assicurato5. Stato di famiglia6. Attestazione della Contraente circa la costanza del rapporto di lavoro7. Certificato medico post mortem8. Testamento o Atto Notorio (tale documento andrà reso innanzi a un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (quale, ad esempio, un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'Atto Notarile di pubblicazione è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'assicurato, l'atto notorio dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, della capacità di agire di ciascuno di essi. Nel caso che siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'Atto Notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari.9. Richiesta di liquidazione sottoscritta dai beneficiari10. Dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà11. Certificato di non stato di gravidanza della moglie12. Autorizzazione del Giudice Tutelare (in presenza di eredi minori)13. Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali14. Certificati bancari dei beneficiari <p>Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.</p>
	<p>Prescrizione: Il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni, da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.</p>
	<p>La Società si impegna a liquidare i sinistri entro 30 gg. dalla presentazione della documentazione completa</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Nel caso in cui nella compilazione del Questionario sanitario – ove previsto – sia stato crocesegnato almeno un "SI" nelle Dichiarazioni, per l'attivazione della copertura assicurativa si necessita di un esplicito assenso da parte della Società, che a tal fine si riserva il diritto di richiedere idonea documentazione medica e/o accertamenti sanitari sulla scorta dei quali valutare l'assumibilità del rischio, il suo rifiuto o l'applicazione di sovrappremi. Eventuali dichiarazioni inesatte o non veritiere possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

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



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

**Ripensamento
dopo la
stipulazione**

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a Amministratori, Professionisti, Consulenti, Dirigenti, Quadri, Impiegati, Operai e Soci stabilmente residenti in Italia



Quali costi devo sostenere?

L'assicurato dovrà sostenere il pagamento del premio determinato nel Certificato di Assicurazione. Eventuali costi relative a visite, accertamenti e approfondimenti medici di parte sono a totale carico del contraente/assicurato e non vengono assicurati dall'impresa.



Sono Previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

**All'impresa
assicuratrice**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Ufficio Reclami - Harmonie Mutuelle Italia con sede in Via Leone XIII, 14 20145 Milano
E-mail: ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

All'IVASS

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- Via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- Via fax 06 42133206;
- Via Pec all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it;

Corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami;

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Sistema alternativo di risoluzione delle controversie

Segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie:

Collegio Medico

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa.

La decisione del collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Eventuali spese legali e/o di assistenza sostenute dalle parti durante tutta l'attività di gestione del sinistro e di arbitrato devono ritenersi sempre ed interamente compensate fra le stesse.

Mediazione per la conciliazione delle controversie

Qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione.

Sui premi versati per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio morte non è riconosciuta una detrazione d'imposta IRPEF entro i limiti previsti dalla normativa di legge.

AVVERTENZE

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE ENTRO LA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

AVVERTENZE

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA.

AVVERTENZE

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

AVVERTENZE

L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE NON PREVEDE NEL PROPRIO SITO INTERNET UN'AREA RISERVATA OVE CONSULTARE E GESTIRE TELEMATICAMENTE IL PROPRIO RAPPORTO ASSICURATIVO.

Protezione Vita

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le informazioni relative all'assicurazione riportate in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti relativi alle condizioni del contratto di assicurazione che sono riportate nelle pagine seguenti.

Si conviene pertanto quanto segue:

-  L'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate in polizza;
-  L'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in polizza;
-  Alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie per maggior dettaglio si rinvia ai quadri sinottici di cui all'allegato 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione e richiamato in polizza;
-  Le limitazioni e le esclusioni contrattuali, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono esplicitate negli articoli delle Condizioni di Assicurazione

**Contratto di Assicurazione
GARANZIA TCM E IPT**

Condizioni Generali di Assicurazione, comprensiva del Glossario
Fac-simile modulo di proposta contrattuale
Informativa sui trattamenti dei dati personali
Fac-Simile modello di reclamo

Indice

GLOSSARIO	
Capitolo 1	3
OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	3
Art. 1.1 Oggetto dell'assicurazione	3
Art. 1.2 Esclusioni	3
Art. 1.3 Limiti di età - Persone non assicurabili	3
Art. 1.4 Limiti territoriali	4
Art. 1.5 Limiti di Risarcimento	4
Capitolo 2	5
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	5
Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate	5
Art. 2.2 Condizioni di assunzione del rischio - documentazione sanitaria	5
Art. 2.3 Condizioni di assunzione del rischio (continuità con polizza precedente)	6
Art. 2.4 Cumulo di indennizzo	6
Capitolo 3	7
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	7
Art. 3.1 Tacito rinnovo del contratto	7
Art. 3.2 Recesso in caso di Sinistro	7
Art. 3.3 Recesso Anticipato dell'assicurato	7
Art. 3.4 Anticipata risoluzione del contratto	7
Art. 3.5 Forma delle comunicazioni	7
Art. 3.6 Variazioni del rischio	7
Art. 3.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 3.8 Legge applicabile e rinvio	8
Art. 3.9 Assicurazione per conto altrui	8
Art. 3.10 Clausola Buona Fede	8
Art. 3.11 Clausola Broker	8
Art. 3.12 Beneficiari	8
Capitolo 4	9
PREMIO DI ASSICURAZIONE	9
Art. 4.1 Effetto della copertura e pagamento del premio	9
Art. 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno	9
Art. 4.3 Regolazione del Premio	9
Art. 4.4 Riscatto	9
Art. 4.5 Impignorabilità e inalienabilità	9
Capitolo 5	10
NORME IN CASO DI SINISTRO	10
Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'assicurato	10
Art. 5.2 Liquidazione e pagamento	11
Art. 5.3 Collegio Medico	11
Art. 5.4 Foro competente	11
FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA CONTRATTUALE	12
INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA	13
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)	14
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA	17

GLOSSARIO

La presente parte del set informativo contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione)

Broker/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

Aggravamento del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

Assicurato/Assistito: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

Assicuratore: L'Impresa di assicurazione.

Assicurazione: L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

Beneficiario/Avente Diritto: Il soggetto designato che fruisce della prestazione assicurativa

Condizioni di assicurazione: Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Coniuge/convivente: Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Decorrenza Copertura: Dalla data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.

Difetto Fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita, ovvero menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita

Diminuzione del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Diritto di recesso: È il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.

Disdetta: La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale: Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

Evento: L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza.

Franchigia assoluta: La franchigia si definisce assoluta quando il suo ammontare rimane interamente a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno subito.

Indennizzo o Indennità: È la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a fronte del rischio coperto in polizza a seguito di un sinistro.

Infortunio: Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili e che siano suscettibili di accertamento clinico strumentale.

Invalità Permanente: Riduzione definitiva, totale o parziale, di determinate funzioni fisiche, intellettive e/o psicosensoriali dell'Assicurato, a seguito di Infortunio.

Invalità Permanente da Malattia: È considerata Invalità Permanente la perdita totale o riduzione parziale definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Morte: Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.

Nucleo familiare: L'Assicurato, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso), i figli fiscalmente non a carico purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, i figli, fiscalmente a carico, fino a 30 anni di età, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia. È inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.

Periodo di assicurazione: Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente

Polizza caso morte: È il contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un capitale al beneficiario qualora si verifichi la morte dell'assicurato.

Polizza collettiva: È il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Premio: La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Sinistro: Il verificarsi dell'evento per la quale è prestata l'assicurazione

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
Capitolo 1
OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 Oggetto dell'assicurazione

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate in polizza, la presente assicurazione, garantisce la copertura del rischio morte - qualunque sia la causa del decesso - nonché la copertura del rischio invalidità permanente derivante da malattia e/o infortunio dell'assicurato stesso.

Art. 1.2 Esclusioni

Sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni e le malattie derivanti:

- Da delitti dolosi compiuti o tentati dal contraente, dall'Assicurato e/o dal beneficiario;
- Suicidio o tentativi di suicidio avvenuti durante i primi due anni dalla data di effetto della copertura o dell'eventuale aumento del capitale assicurato
 - atti di autolesionismo dell'assicurato;
 - uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- Fatti avvenuti o provocati intenzionalmente dall'Assicurato in stato di ebbrezza (tasso alcolemico superiore al limite minimo fissato dal codice della strada) o sotto l'effetto di droghe, sostanze stupefacenti e/o sostanze psicotrope non prescritti da un medico;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva o indiretta a atti di guerra, guerra civile, operazioni militari, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo e sabotaggio e tumulti popolari;
- Pratica di sport a titolo professionale, amatoriale di alto livello o remunerato, la partecipazione dell'Assicurato a tentativi di record, acrobazie, ruoli di stuntman, prove, scommesse e sfide, risse;
- Pratica di sport aerei, salto con l'elastico (bungee jumping) a titolo amatoriale o professionale, pratica di sport che necessitano l'utilizzo di congegni e macchine a motore (terrestre, marittimo o aereo);
- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
 - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
 - 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;
 - Trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche Se il decesso dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.
- Da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- Da soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- Da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- (Malattie e/o invalidità) preesistenti alla stipulazione della polizza;

Si conviene che la Società non è tenuta a garantire alcuna prestazione e non è responsabile del pagamento di alcun sinistro nel caso in cui la prestazione di garanzie assicurative o il pagamento di sinistri dovesse esporla a sanzioni, proibizioni o restrizioni secondo risoluzioni ONU, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 1.3 Limiti di età - Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da: Alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, ove già diagnosticata dal test HIV, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniache depressive, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo.

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai **80 anni**. Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'Assicurazione cessa dalla prima scadenza.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 1.4 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 1.5 Limiti di Risarcimento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del **medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo nel limite, e non superiore, a € 15.000.000,00** qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

**Capitolo 2
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE**

Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva monoannuale, che garantisce la copertura del rischio di Decesso da ogni causa e la copertura da invalidità permanente derivante da infortunio e malattia sempreché l'evento si verifichi prima della scadenza dell'assicurazione.

La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.

La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito in Polizza e/o per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia.

Le prestazioni assicurate sono:

Decesso

In caso di Morte dell'Assicurato, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato in Polizza di assicurazione ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi così come disciplinato dal codice civile.

Invalità permanente

In caso di infortunio o malattia – sempreché l'evento si verifichi prima della scadenza dell'assicurazione - che abbia come conseguenza una invalidità totale permanente di grado superiore al 66% la Società liquida all'Assicurato il capitale designato in polizza.

Si intende colpito da invalidità permanente l'assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue normali attitudini, in misura non inferiore al 66%. **Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 66% della totale.**

Se invece l'Invalidità Permanente supera il 66% della totale verrà corrisposto l'indennizzo nei limiti delle somme previste in polizza.

CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE VALIDE ED OPERANTI

Art. 2.2 Condizioni di assunzione del rischio - documentazione sanitaria

L'assunzione dei rischi è subordinata ai seguenti criteri:

a) Per Aziende con numero Assicurati inferiore a n. 10 unità

- per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 300.000,00=, sarà richiesta la compilazione del *questionario anamnestico* concernente il loro stato di salute e le abitudini di Vita (su modulo fornito dalla società)
- per capitali assicurati superiori a € 300.000,00 e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del *questionario anamnestico* , una visita medica con compilazione del "*Rapporto di Visita Medica*" (su moduli forniti dalla Società)
- per capitali assicurati superiori a € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Società richiederà compilazione del *questionario anamnestico* , una visita medica con compilazione del "*Rapporto di Visita Medica*" (su moduli forniti dalla Società) e gli esiti dei seguenti *esami di laboratorio: Emocromo completo con formula + ECG basale + Esame urine + profilo lipidico transaminasi AST, ALT e Gamma GT, creatinina, glicemia*

b) Per Aziende con numero Assicurati superiore a n. 10 unità

- per un capitale assicurato fino ad un massimo di € 300.000,00=, sarà richiesta la compilazione da parte dell'Azienda di una dichiarazione "*FIT FOR WORK*" cumulativa per tutti i nominativi assicurati;
- per capitali assicurati superiori a € 300.000,00e fino a € 500.000,00, la Società richiederà compilazione del *questionario anamnestico* (su moduli forniti dalla Società);
- per capitali assicurati superiori a € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Società richiederà compilazione del *questionario anamnestico* , una visita medica con compilazione del "*Rapporto di Visita Medica*" (su moduli forniti dalla Società) e gli esiti dei seguenti *esami di laboratorio: Emocromo completo con formula + ECG basale + Esame urine + profilo lipidico transaminasi AST, ALT e Gamma GT, creatinina, glicemia.*

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze relative alla compilazione del questionario anamnestico. Qualora gli accertamenti sanitari richiesti dovessero evidenziare motivi di aggravamento del rischio, la Società potrà comunque richiedere ulteriori esami clinici, al fine di valutare la corretta applicazione del sovrappremio e comunicarlo al Contraente. Il costo degli eventuali accertamenti è a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

È consentito un termine massimo per la presentazione dei documenti di 30 giorni dalla data di inizio della copertura di ciascun Assicurando. La Società, entro i successivi trenta giorni dal ricevimento della documentazione, si riserva – in base alle risultanze di tali documenti di fissare eventuali condizioni di accettazione o di **rifiutare** il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente. Durante il periodo di massimo sessanta giorni di carenza assicurativa la copertura verrà limitata ai soli casi di morte derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

La Società comunica al Contraente l'entità del sovrappremio da applicare al singolo Assicurando.

La Società comunica all'Assicurando, con lettera personale, sia l'entità del sovrappremio che la motivazione di applicazione dello stesso. A fronte dell' sito degli accertamenti di cui sopra, qualora la Società abbia comunicato le condizioni alle quali è disposta ad assumere il rischio, è dovuto fin dall'ingresso in assicurazione l'intero premio assicurativo comprensivo dell'eventuale sovrappremio richiesto.

La mancata prestazione, entro sessanta giorni dalla richiesta, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata. Gli eventuali importi anticipati dal Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati al Contraente stesso, al netto dei diritti e delle imposte.

Art. 2.3 Condizioni di assunzione del rischio (continuità con polizza precedente)

La società prende atto che tutti i nominativi per i quali viene richiesta l'assicurazione erano già assicurati per i medesimi capitali e garanzie con altra copertura assicurativa in corso con la precedente compagnia. Tale copertura cessa dalla data di effetto del presente contratto e le garanzie in corso con il precedente contratto si intendono qui tutte riconfermate e prestate senza soluzione di continuità per i nominativi e i capitali in corso.

Per eventuali nominativi non precedentemente coperti dalla polizza sostituita, per eventuali differenze di capitale in aumento e per i futuri ingressi si applicano i criteri disposti al precedente art. 2.2.

Art. 2.4 Cumulo di indennizzo

Gli indennizzi per le prestazioni assicurate non sono cumulabili.

La liquidazione dell'indennizzo dovuto per la garanzia invalidità permanente comporta la contestuale automatica decadenza dall'indennizzo dovuto per la garanzia caso morte e viceversa.

La decadenza dalla garanzia caso morte ha luogo anche nell'ipotesi in cui l'indennizzo dovuto per la garanzia derivante da invalidità permanente non è ancora stato pagato per intero; in tale ipotesi l'indennità per invalidità permanente non ancora pagata sarà corrisposta agli eredi dell'assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'assicurato alla data di scadenza del contratto, questo di intende estinto ed i premi pagati restano acquisiti dalla società.

l'indennità per inabilità temporanea non è cumulabile con quella per morte conseguentemente, eseguito il pagamento del capitale a titolo di invalidità permanente la garanzia si estingue e null'altro sarà più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato. Inoltre, l'Invalidità permanente da malattia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità permanente da infortunio".

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Capitolo 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 3.1 Tacito rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno.

La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.

Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC. La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 80 anni di età: al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà compiuto tale età, la relativa posizione individuale si estingue.

Art. 3.2 Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società potrà recedere dall'Assicurazione. La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata/pec ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di Premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 3.3 Recesso Anticipato dell'assicurato:

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 3.4 Anticipata risoluzione del contratto

Fuori dal precedente punto, nei casi di recesso o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art. 3.5 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r alla Direzione Generale per l'Italia (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - sita in Via Papa Leone XIII 14 – Milano 20145) o Pec harmoniemutuelle@legalmail.it, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 3.6 Variazioni del rischio

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 3.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:

a) In caso di dolo o colpa grave art 1892 c.c. di:

- Annullare, recedere e contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o le reticenze delle dichiarazioni fornite dal contraente e dall'assicurato;
- In ogni caso rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi di un sinistro;

b) Nel caso non esista dolo o colpa grave art 1893 c.c. di:

- Ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

- Recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

Art. 3.8 Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art. 3.9 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art.1891 Codice Civile.

Art. 3.10 Clausola Buona Fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 3.11 Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario, incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata o Pec, si intenderà come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stessa, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Art. 3.12 Beneficiari

Il beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alla garanzia Invalidità Totale Permanente, è l'Assicurato. In riferimento alla garanzia Decesso, beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto o i soggetti indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Assicurato.

L'Assicurato può in qualsiasi momento modificare la designazione comunicandola per iscritto alla Compagnia o con testamento nel quale venga chiaramente evidenziato il riferimento al presente Contratto di Assicurazione.

La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

a) dopo che l'Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente:

- (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata;
- (ii) l'accettazione del beneficio;

b) dopo la morte dell'Assicurato;

c) dopo che, verificatosi il Decesso dell'Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Per effetto della designazione, il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario.

La Compagnia provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 30 (trenta) giorni dalla definizione dell'iter amministrativo atto alla definizione del sinistro.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Capitolo 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE

Art. 4.1 Effetto della copertura e pagamento del premio

La decorrenza e la scadenza della copertura assicurativa sono indicati in Polizza. La comunicazione di incasso da parte del Contraente o intermediario, relativa al premio o la prima rata di premio, deve pervenire entro e non oltre il termine di mora indicato in Polizza; in mancanza la copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno essere pagati all'Intermediario Assicurativo, altrimenti alla Società.

Art. 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dal Contraente prima dell'inizio della copertura.

Tutte le successive variazioni relative alle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto dalla Contraente alla Società entro il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate.

La Società e il Contraente possono stabilire precise modalità per l'invio, possibilmente su supporto informatico, di dette variazioni.

La Società ne prende atto alla ricorrenza annuale della copertura mediante emissione di appendice di rinnovo basata sul nuovo stato di rischio.

Art. 4.3 Regolazione del Premio

Il premio di polizza è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati, sui capitali da assicurare, sulle garanzie prescelte e sulle qualifiche dei singoli profili da assicurare. Le indicazioni necessarie devono essere indicate su apposito tracciato record informatico che costituisce parte complementare della polizza.

Il premio stabilito, viene versato dalla Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero. Non sono consentiti il frazionamento del premio, né l'applicazione di sconti.

Entro 90 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni di variazione ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio.

Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio.

Art. 4.4 Riscatto

Le assicurazioni temporanee in caso di morte o in caso di morte e di invalidità permanente non prevedono il diritto di riscatto.

Art. 4.5 Impignorabilità e insequestrabilità

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabile né sequestrabili e, quindi, non possono essere sottoposte ad azioni esecutive o cautelari.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

**Capitolo 5
NORME IN CASO DI SINISTRO**

Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'assicurato

Colui che richiede l'indennità e/o i rimborsi prestati da questa polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta il sinistro.

La denuncia di un infortunio, che comporti il riconoscimento di un'invalidità permanente deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere inviata alla Società o al Broker entro 15 giorni dall'infortunio stessi o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.

La denuncia deve essere corredata dal referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oltre al certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività da parte dell'Assicurato.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

La denuncia di una malattia che comporti il riconoscimento di un'Invalidità permanente deve essere presentata alla Società o al broker assegnatario del contratto entro 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una Invalidità Permanente, sempreché ne abbia la possibilità; in caso contrario il termine di cui sopra decorre da quando l'Assicurato sia in grado di inoltrare la denuncia.

Alla denuncia deve essere unito un certificato medico che descriva la natura della malattia, il suo decorso e le presumibili conseguenze.

Successivamente, alla denuncia di sinistro, l'assicurato dovrà inviare informazioni periodiche relative all'evolversi della malattia, copia delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Entro 90 giorni dalla avvenuta guarigione clinica, o remissione della malattia, con postumi invalidanti, l'Assicurato (o il Contraente) deve inviare alla Società una relazione medico - legale che provi:

- il grado di Invalidità Permanente provvisorio valutato alla data di invio dell'ultimo certificato;
- il nesso di causalità diretto ed esclusivo fra la malattia denunciata e i postumi invalidanti, senza tenere conto dell'eventuale maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o minorazioni preesistenti.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari sciogliendo a tal fine i medici curanti dall'obbligo del segreto professionale.

In caso contrario verrà riconosciuto l'indennizzo pari ai postumi invalidanti ritenuti congrui dalla Società secondo la tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni

La denuncia di morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere immediatamente comunicata per iscritto alla Società o al Broker.

In caso di decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati all'impresa i seguenti documenti a cura del contraente e dei beneficiari:

- Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile;
- Stato di famiglia;
- Certificato medico attestante la causa del decesso;
- Testamento e atto di notorietà dal quale risulti se l'Assicurato abbia lasciato o meno testamento e l'identificazione degli eredi legittimi;
- In caso di beneficiari minorenni o incapaci, autorizzazione con decreto del Giudice Tutelare;
- Relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso;
- Nell'ipotesi di ricovero in ospedale o istituto di cura copia integrale di eventuali della cartella clinica relative al primo ricovero e ai successivi ricoveri subiti dall'assicurato in relazione alla patologia che ha causato il decesso;
- In caso di morte violenta copia del verbale delle forze dell'ordine o certificato della procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumono le precise circostanze del decesso;
- Copia eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- Benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignorazione in difetto del quale il pagamento sarà effettuato al detto creditore;
- Copia identità e codice fiscale di ciascun beneficiario;
- Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo, giudiziario, ritenuto necessario dalla compagnia;
- Codice Iban ove accreditare l'importo dovuto;

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

La documentazione relativa all'apertura di un sinistro dovrà essere trasmessa all'assicurazione a mezzo Pec e/o raccomandata con avviso di ricevimento (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - Gestione Sinistri sita in Via Papa Leone XIII 14 – Milano 20145).

L'impresa liquiderà il capitale assicurato successivamente al ricevimento di tutta la documentazione prevista o necessaria.

Nell'ipotesi in cui la polizza assicurativa sia intermediata dal broker, lo stesso, potrà ricevere la denuncia del sinistro. In tal caso, il broker, ricevuta la denuncia del sinistro dovrà dare immediata e tempestiva comunicazione a mezzo Pec: sinistri@pec.harmoniemutuelleitalia.it e/o raccomandata A/R all'assicurazione, inoltrando alla stessa, nel termine di 10 giorni, (la denuncia e ogni eventuale documentazione relativa al sinistro ricevuta).

In caso di omessa o ritardata comunicazione dell'apertura del sinistro dovuta a colpa o comunque a fatto attribuibile al Broker, lo stesso, sarà ritenuto direttamente responsabile e si impegnerà a manlevare l'assicurazione da ogni ed eventuale pretesa risarcitoria che, l'Assicurato, dovesse avanzare nei confronti della medesima.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari sciogliendo a tal fine i medici curanti dall'obbligo del segreto professionale.

In caso contrario verrà riconosciuto l'indennizzo pari ai postumi invalidanti ritenuti congrui dalla Società secondo la tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni.

Art. 5.2 Liquidazione e pagamento

Harmonie Mutuelle, ricevuta la necessaria documentazione, determinato l'indennizzo e successiva accettazione dello stesso da parte dell'assicurato provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite – prima che l'indennizzo sia stato pagato, Harmonie Mutuelle liquida ai beneficiari l'importo già concordato, ovvero offerto.

Art. 5.3 Collegio Medico

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 5.4 Foro competente

Per ogni controversia è competente, a scelta della parte attrice, l'autorità giudiziaria che ha giurisdizione nella Sede, residenza o domicilio elettivo della Società, del Contraente o dell'avente diritto.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

**FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA CONTRATTUALE
ex art. 11 del Regolamento Ivass 41/2018**

Polizza Collettiva

CONTRAENTE:

Denominazione Sociale _____ **P.I.:** _____

Con sede legale in _____ **Via** _____ **n.** _____

Pec. _____ **in persona del** _____

Cognome e nome _____ **Cod. Fiscale** _____

Residenza _____ **Comune** _____

Provincia _____ **Cap** _____ **Tel.** _____ **mail** _____

DATI COPERTURA ASSICURATIVA

ELENCO ASSICURATI

Ruolo	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Data Di Nascita	Tipo ed Estremi del documento di riconoscimento	Data e Luogo di rilascio
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX

ELENCO BENEFICIARI CASO MORTE

Assicurato	Cognome e Nome beneficiario	Codice Fiscale beneficiario	Data Di Nascita beneficiario	Indirizzo residenza	Appartenente al Nucleo Familiare (si o no) *	% del Beneficio
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	***	***
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	***	***
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx	XXXXXXXXXXXXXX	***	***

*Ai sensi della normativa anticiclaggio, il Contraente dichiara la relazione con il Beneficiario designato. La relazione tra il Contraente/Titolare Effettivo del Contraente ed il Beneficiario / Titolare Effettivo del Beneficiario si intende nella categoria familiare ove il Beneficiario /Titolare effettivo del Beneficiario sia coniuge, convivente, padre, madre figlio o figliastro o qualsiasi altra persona che conviva nella stessa unità familiare del Contraente/titolare Effettivo del Contraente

COSTI COMPLESSIVI

Premio imponibile

Imposte dovute

Premio Assicurativo lordo

€ _____

€ _____ //

€ _____

Informativa:

- Prima della sottoscrizione il contraente di polizza ha diritto di ricevere il set informativo, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa. L'assicurato ha sempre diritto di richiederle copia del set informativo.

Il, _____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE:

PRENDO ATTO che la presente polizza di assicurazione garantisce la copertura del rischio morte - qualunque sia la causa del decesso - nonché la copertura del rischio invalidità permanente derivante da malattia e/o infortunio dell'assicurato stesso.

RICONOSCO che le garanzie ivi richiamate possono essere soggette a esclusioni, limitazioni e a periodi di carenza e che in tali casi le garanzie potranno subire delle limitazioni o non verranno considerate operanti.

RICONOSCO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del giorno in polizza a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Proposta Contrattuale; b) siano stati pagati i relativi Premi.

RICONOSCO che la polizza assicurativa è soggetta a tacito rinnovo fatto salvo recesso anticipato di una delle parti.

RICONOSCO che le condizioni di Assicurazione potranno essermi consegnate anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica ma che in qualunque momento avrò la facoltà di cambiare le richiamare modalità di trasmissione dati.

Data _____ Firma Contraente _____

AGLI EFFETTI DELLA VALIDITÀ DELLA SUDETTA POLIZZA DICHIARO ESPRESSAMENTE:

- a) Che gli assicurati sono in possesso dei requisiti d'assicurabilità previsti nel set informativo;
- b) Di essere a conoscenza dei termini e delle modalità di pagamento del premio di assicurazione;
- c) di esprimere il consenso alla stipula dell'assicurazione e di aver letto, approvato ed accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel set informativo ricevuto;
- d) di aver ricevuto e di accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale;
- e) di avere ricevuto ex Reg. IVASS 41/18, prima della sottoscrizione alla presente Polizza collettiva e con le modalità di cui all'120-quater del Codice: copia integrale del set informativo, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi, del documento informativo precontrattuale aggiuntivo, delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Modulo di proposta contrattuale ex art. 11 Reg. 41/18 e dell'Informativa privacy -
- f) di avere preso visione della Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore);

Data _____

Firma Contraente _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

La contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare al Contraente che ne darà comunicazione all'Impresa.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di Harmonie Mutuelle, possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La contraente, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del codice in materia di protezione dei dati personali (Reg. EU 679/2016), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Data _____

Firma Contraente _____

APPROVAZIONE SPECIFICA CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, l'assicurato dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni previste nel Set informativo Rimborso Spese Mediche:

Art. 1.1 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 1.2 Esclusioni; Art. 1.3 Limiti d'Età – persone non assicurabili; Art. 1.4 Limiti Territoriali; Art. 1.5 Limiti di Risarcimento; Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate; Art. 3.1 Tacito rinnovo del contratto; Art. 3.6 Variazione di Rischio; Art. 3.9 Assicurazione per conto altrui; Art. 4.1 Effetto della copertura e Pagamento del premio; Art. 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazione in corso d'anno; Art. 5.1 Denuncia del Danno e Obblighi dell'Assicurato; Art. 5.3 Collegio medico; Art. 5.4 Foro competente

Firma Contraente _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via Papa Leone XIII 14, 20145 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via Papa Leone XIII 14 20145 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via Papa Leone XIII 14, 20145 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al

statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
 - Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
 - Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
 - Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
 - Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
 - Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
 - Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
 - Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.
8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

ALLEGATO 2

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via Papa Leone XIII, 14
20145 MILANO
Fax n.: 02 99 37 10 44
Email : ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n.del.....

Assicurato:

Il sottoscritto *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di.....
(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).

Si allega *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal provvedimento della presente
(Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

*** In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.**