



**Harmonie**  
mutuelle  
Italia

## **CONTRATTO ASSICURATIVO**

**Copertura Decesso ed Invalidità Totale Permanente**

Polizza Collettiva ad adesione facoltativa

Prodotto Life Term

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

Edizione Maggio 2020

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**  
**POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA**  
**GARANZIA DECESSO ED INVALIDITA' PERMANENTE**

da Infortunio o malattia

Prodotto:

**“ LIFE TERM ”**

**Nel presente documento sono contenuti:**

- **DIP Danni (documento Informativo precontrattuale);**
- **DIP Vita (documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo);**
- **DIP Multirischi**
- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario;**
- **Fac-Simile del Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy;**
- **Fac-simile modello di reclamo**

**AVVERTENZA:**

**il Set. Informativo deve essere consegnato all'assicurato prima dell'adesione alla polizza collettiva**

*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 1.361,79 milioni di cui Euro 1.361,52 milioni 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 3,287.

## Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

### Compagnia: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria in Milano, Via San Gregorio, 48, Italia.

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: LIFE TERM

Milano, 12 giugno 2020 il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Le informazioni fornite in questo documento rappresentano un riassunto delle caratteristiche principali e delle esclusioni di polizza e non sono parte del contratto in essere tra le Parti. L'informativa contrattuale e precontrattuale completa del prodotto sarà fornita con i documenti di polizza.

#### CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il prodotto LIFE TERM è una Polizza Collettiva stipulata da CBP Italia S.A.S. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata, garantendo, in caso di Sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'adesione alla polizza. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 6 diverse opzioni assicurative. Ciascuna opzione assicurativa prevede l'offerta (congiunta o meno) di una garanzia di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).



#### Che cosa è assicurato?

##### OPZIONE 4 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 5 anni)

✓ Invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60% - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione.

##### OPZIONE 5 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 7 anni)

✓ Invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60% - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione.

##### OPZIONE 6 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 10 anni)

✓ Invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60% - In caso di sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione. La predetta garanzia di ramo danni è sempre prestata

congiuntamente alla garanzia di ramo vita (Decesso) prestata dalla Compagnia. L'Assicurato è il soggetto persona fisica indicato nella richiesta di adesione, sempre coincidente con l'Aderente alla Polizza Collettiva.



#### Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile il soggetto persona fisica che:

- ✗ non sia residente in Italia;
- ✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 65 anni -compiuti.

Principali esclusioni per la garanzia Invalidità Totale e Permanente sono:

- ✗ atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- ✗ abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- ✗ effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo.

DIP DANNI



## Ci sono limiti di copertura?

! La permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni per la garanzia invalidità totale e permanente.



## Dove vale la copertura?

- La copertura vale in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- **all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva:** devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione, il questionario medico semplificato e, ove richiesto il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione del Contratto.
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



## Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a pagare un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.
- I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario oppure altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo assegno bancario oppure flusso di addebito telematico su c/c.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di adesione al contratto, a condizione che ci sia stata l'accettazione della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato.
- Le coperture assicurative hanno durata una durata pari a 5, 7 o 10 anni a seconda dell'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.



## Come posso disdire il Contratto?

- Hai il diritto di recedere dal Contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.
- Il recesso deve essere comunicato per iscritto alla compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi dell'adesione alla polizza.
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

DIP DANNI

## Assicurazione Temporanea Caso Morte

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

Compagnia: Harmonie Mutuelle




Prodotto: LIFE TERM

Milano, 12 giugno 2020 il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile







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

#### CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il prodotto LIFE TERM è una Polizza Collettiva stipulata da CBP Italia S.A.S.(Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata, garantendo, in caso di Sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'adesione alla polizza. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 6 diverse opzioni assicurative. Ciascuna opzione assicurativa prevede l'offerta (congiunta o meno) di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di una garanzia di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni)

 <b>Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?</b>	 <b>Che cosa NON è assicurato?</b>
<p><b>OPZIONE 1 e 4 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 5 anni)</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> dell'Aderente/Assicurato - In caso di Sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione.</p> <p><b>OPZIONE 2 e 5 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 7 anni)</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> dell'Aderente/Assicurato - In caso di Sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione.</p> <p><b>OPZIONE 3 e 6 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati durata 10 anni)</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> dell'Aderente/Assicurato - In caso di Sinistro, la compagnia liquida all'Aderente/Assicurato un importo pari al capitale assicurato prescelto al momento dell'adesione.</p>	<p>Non è assicurabile la persona fisica che :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ non sia residente in Italia;</li> <li>✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 65 anni compiuti;</li> </ul> <p>Le principali esclusioni della garanzia Decesso sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;</li> <li>✗ atti di autolesionismo dell'Assicurato;</li> <li>✗ pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);</li> <li>✗ uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove).</li> </ul>
<p>La predetta garanzia di ramo vita è sempre prestata congiuntamente alla garanzia di ramo danni (Invalidità Totale e Permanente) prestata dalla Compagnia. L'Assicurato è il soggetto persona fisica indicato nella richiesta di adesione, sempre coincidente con l'aderente alla Polizza Collettiva.</p>	<h4 data-bbox="722 1659 831 1742">  <b>Ci sono limiti di copertura?</b> </h4> <p>! La permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni per la garanzia decesso.</p>

DIP VITA

	<b>Dove vale la copertura?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o La copertura vale in tutto il mondo.</li> </ul>	
	<b>Che obblighi ho?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o All'atto dell'<b>adesione alla polizza</b>: devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione, il questionario medico semplificato e, ove richiesto il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione del Contratto.</li> <li>o <b>In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro</b>: sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.</li> </ul>	
	<b>Quando e come devo pagare?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sei tenuto a pagare un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.</li> <li>• I premi vanno versati con le seguenti modalità : bonifico bancario oppure altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo assegno bancario oppure flusso di addebito telematico su c/c.</li> </ul>	
	<b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di adesione al contratto, a condizione che ci sia stata l'accettazione della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato</i></li> <li>o <i>Le coperture assicurative hanno durata pari a 5, 7 o 10 anni a seconda dell'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.</i></li> </ul>	
	<b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hai il diritto di recedere dal Contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.</li> <li>o Il recesso deve essere comunicato per iscritto alla compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi dell'adesione alla polizza.</li> <li>o L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.</li> </ul>	
	<b>Sono previsti riscatti o riduzioni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o il Contratto NON prevede la sospensione del pagamento dei Premi.</li> <li>o Il Contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni</li> </ul>	

DIP VITA

**Assicurazione Temporanea Caso Morte  
Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**  
**Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi  
(DIP Aggiuntivo Multirischi)**

**Compagnia: Harmonie Mutuelle**

**Prodotto: LIFE TERM**

Milano, 27 maggio 2020 il presente DIP Aggiuntivo Multirischi 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.**

**L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.**

**RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente)**

**Harmonie Mutuelle**

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia  
sede secondaria: Milano, Via San Gregorio, 48, Italia  
Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,  
Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –  
Recapito telefonico: 02/99371043 – Telefax: 0299371044  
E- Mail: [info@harmoniemutuelleitalia.it](mailto:info@harmoniemutuelleitalia.it)  
Posta elettronica certificata (PEC): [harmoniemutuelle@legalmail.it](mailto: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 – 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 è pari a Euro 1.361,79 milioni di cui Euro 1.361,52 milioni 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 3,287.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI



## Che cosa è assicurato?

### Morte

In caso di Morte dell'Assicurato, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato nel certificato 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 che abbiano come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 60% la Società liquida all'Assicurato il capitale designato in certificato.



## Che cosa NON è assicurato?

### Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- a) 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;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- c) rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- e) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- f) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- g) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

### Ramo Danni

Esclusioni garanzia **Invalità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- a) pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- b) uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- c) 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;
- d) esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- e) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- f) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI



materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.



## Ci sono limiti di copertura?

### Ramo vita

a) **Decesso:** la prestazione è soggetta ad un massimale di €200.000,00.

### Ramo danni

b) **Invalità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia**, di grado pari o superiore al 60%: l'indennizzo è soggetto ad un massimale di € 200.000,00.

- In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).
- Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di Sinistro

**Denuncia di Sinistro:** I sinistri vanno denunciati all'Impresa nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta (anche raccomandata):**
- **via e-mail:**
- **via PEC:**

anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia Sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando la seguente documentazione (in copia):


#### **DECESSO:**


- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative, del Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, del Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- copia conforme della "Scheda di morte oltre il 1° anno di vita" (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.


Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:


- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano al Decesso dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla


	<p>successione;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.</li> </ul> <p>In entrambi i casi, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione completa.</p> <p>Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.</p> <p><b>INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative, del Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, del Questionario Anamnestico;</li> <li>- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;</li> <li>- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;</li> <li>- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;</li> </ul> <p>certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.</p> <p><b>Prescrizione garanzia VITA:</b> 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, l'Impresa provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p> <p><b>Prescrizione garanzia DANNI:</b> 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p><b>Liquidazione delle prestazioni:</b> L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di Sinistro completa di ogni documento.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Se l'Impresa, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto.</p>


 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<p><b>Premio</b></p>	<p>Gli importi di Premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p>Hai diritto al rimborso del primo Premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.</p>
<p><b>Sconti</b></p>	<p>Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di Premio.</p>

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<p><b>Durata</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Le coperture assicurative hanno durata fissa pari a 5,7,10 anni a scelta dell'Aderente/Assicurato e si estinguono alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:</li> <li>o Scadenza della copertura assicurativa</li> <li>o liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente;</li> </ul>
<p><b>Sospensione</b></p>	<p>Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.</p>

 <b>Come posso revocare la proposta o recedere dal Contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza.
<b>Recesso</b>	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Risoluzione</b>	Il Contratto non prevede la risoluzione per la sospensione del pagamento dei Premi.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della Contraente che abbiano un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 80% del Premio unico anticipato al netto delle imposte, dove applicabili.</li> <li>La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 87,50% del costo stesso.</li> </ul>	

 <b>Sono previsti riscatti o riduzioni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
<b>Richiesta di informazioni</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	Puoi presentare i reclami alle Imprese scrivendo ai seguenti recapiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Posta cartacea (anche raccomandata a.r.):</li> <li>Posta elettronica (e-mail): mail:</li> <li>Fax:</li> <li>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione</li> </ul>
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte dell'Impresa entro 45 giorni dalla ricezione, puoi rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei</li> </ul>

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti.

- 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 come sopra specificato.

## REGIME FISCALE

### Trattamento fiscale applicabile al contratto

- La parte di Premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alla copertura di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.
- Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e Invalidità Totale e Permanente entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza Collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO O IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. 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 DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

# LIFE TERM

## 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 alle Condizioni di Assicurazione;
- 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  
Decesso e Invalidità Totale Permanente

Condizioni Generali di Assicurazione, comprensiva del Glossario  
Fac-simile del Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa sui trattamenti dei dati personali  
Fac-Simile modello di reclamo

## GLOSSARIO

---

**Aderente/Assicurato:** Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Adesione:** Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).

**Beneficiario:** Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.

**Capitale Assicurato:** Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.

**Compagnia:** l'impresa di assicurazione HARMONIE MUTUELLE.

**Conclusione dell'Adesione al Contratto:** L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che:

- sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, il Questionario Anamnestico (compilati e sottoscritti dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia), con contestuale accettazione del rischio da parte della Compagnia;
  - sia stato pagato il Premio previsto
- e avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione.

**Condizioni di Assicurazione:** Insieme delle clausole di base che regolano il Contratto e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio unico e anticipato, la Data di Decorrenza, la Durata delle coperture assicurative.

**Contraente:** CBP Italia S.A.S che ha sottoscritto la Polizza Collettiva Life Term con la Compagnia.

**Contratto (o Polizza Collettiva):** Polizza stipulata tra la Compagnia e la Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi coperti dalla stessa Polizza, attraverso la sottoscrizione della Richiesta di Adesione e la Conclusione dell'Adesione.

**Costi (o spese):** Oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio unico anticipato.

**Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione:** Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti. La Data di Decorrenza coincide con la Conclusione dell'Adesione al Contratto.

**Data di Scadenza:** Data prevista come termine di efficacia del Contratto ed a partire dalla quale cessano gli effetti dello stesso.

**Decesso:** La morte dell'Aderente/Assicurato.

**Diritti (propri) del Beneficiario:** Diritto del Beneficiario alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Aderente/Assicurato.

**Durata delle coperture assicurative:** Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di cessazione delle coperture assicurative o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso.

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

**Indennizzo o Liquidazione:** Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.

## GLOSSARIO

---

**Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell'Assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale e Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia:** La perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del DPR 38/2000 e successive modificazioni.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

**Limite di indennizzo:** Limite dell'esposizione finanziaria della Compagnia al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.

**Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Parti:** La Compagnia e la Contraente.

**Premio:** Importo, comprensivo di eventuali imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate. Il Premio, prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione alla Polizza, viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione.

**Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico:** Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalla Compagnia, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenenti domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

**Recesso:** Diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato.

**Richiesta di Adesione:** Modulo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, in qualità di Aderente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Set Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto.

**Set Informativo:** Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: DIP base Danni; DIP base Vita; DIP aggiuntivo Multirischi; Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario; Fac-simile della Richiesta di Adesione comprensiva dei questionari medici.

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

**Trattamento fiscale del Premio:** Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del Premio versato per il Contratto di assicurazione.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione di cui al presente contratto garantisce la copertura dal rischio:

- **DECESSO**

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

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**

In caso di infortunio o malattia - sempreché l'evento si verifichi prima della scadenza dell'assicurazione - che abbiano come conseguenza una invalidità totale permanente di grado superiore al 60% la Società liquida all'Assicurato il capitale designato in certificato.

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 60%. Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 60% della totale.

Se invece l'Invalidità Permanente supera il 60% della totale verrà corrisposto l'indennizzo nei limiti delle somme previste in Certificato

La Compagnia, alle condizioni di seguito indicate, garantisce, secondo le opzioni, gli Aderenti/Assicurati contro i rischi di:

Opzione contrattuale	Garanzie	Durata	Coperture assicurative	
			Decesso	Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
<b>Opzione 1</b>	Decesso (ramo vita)	5 anni	<i>Si</i>	<i>No</i>
<b>Opzione 2</b>	Decesso (ramo vita)	7 anni	<i>Si</i>	<i>No</i>
<b>Opzione 3</b>	Decesso (ramo vita)	10 anni	<i>Si</i>	<i>No</i>
<b>Opzione 4</b>	Decesso (ramo vita); Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	5 anni	<i>Si</i>	<i>Si</i>
<b>Opzione 5</b>	Decesso (ramo vita); Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	7 anni	<i>Si</i>	<i>Si</i>
<b>Opzione 6</b>	Decesso (ramo vita); Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	10 anni	<i>Si</i>	<i>Si</i>

L'Aderente/Assicurato potrà scegliere il Capitale Assicurato tra un minimo di 50.000,00 € ed un massimo di 200.000,00 €.

**A) Decesso per qualunque causa (garanzia di ramo vita) – OPZIONI 1, 2, 3, 4, 5, 6.**

- 1. Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
- 2. Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.  
In deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.
- 3. Franchigia e Carenza:** non previste.
- 4. Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al Capitale Assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### B) Invalidità Totale e Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia di ramo danni) – OPZIONI 4, 5, 6.

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** Invalidità Totale e Permanente, **di grado uguale o superiore al 60%**, a seguito di Infortunio o Malattia.  
In deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.
3. **Franchigia** 60%.
4. **Carenza:** nessuna
5. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al Capitale Assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.

---

## 2 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

---

### La copertura relativa al rischio Decesso è esclusa nei seguenti casi:

- a) Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;
- b) atti di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- d) uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- e) 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;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- g) rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- i) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- j) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- k) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- l) conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

### La copertura relativa al rischio Invalidità Totale e Permanente è esclusa nei seguenti casi:

- a) atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- b) pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- c) uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- d) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- 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;
- e) abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- f) esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- h) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- i) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- j) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- k) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

---

### 3 – LIMITI DI INDENNIZZO

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è pari ad € 200.000,00 per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

---

### 4– DURATA DELLE COPERTURE – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE

#### Art. 4.1 Data di Decorrenza delle coperture assicurative

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia;
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia
- sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto.

#### Art. 4.2 Durata delle coperture assicurative

La durata delle coperture previste dalla Polizza è pari a 5, 7 o 10 anni.

#### Art. 4.3 Cessazione delle coperture assicurative

Per tutti gli Aderenti/Assicurati le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;
- compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età, se precedente alla Data di scadenza.

---

### 5 – RECESSO

La Richiesta di Adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza.

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della Contraente, mediante lettera raccomandata a/r o pec contenente gli estremi identificativi dell'Adesione alla Polizza, ed inviata a mezzo:

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Posta ordinaria a: **Harmonie Mutuelle Italia Via San Gregorio, 48 - 20124 Milano** o Pec. a: **harmoniemutuelle@legalmail.it**

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto delle imposte. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Applicazione emessa.

---

### 6 – BENEFICIARI

---

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alla garanzia Invalidità Totale Permanente, è l'Aderente/Assicurato. In riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto o i soggetti indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.

L'Aderente/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:

- dopo che l'Aderente/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;
- dopo la morte dell'Aderente/Assicurato;
- dopo che, verificatosi il Decesso dell'Aderente/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'Aderente/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.

---

### 7 – PREMI

---

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato, o per suo conto dalla Contraente, di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione. Il suo ammontare dipende dall'importo del Capitale Assicurato, dall'opzione e dalla durata scelti dall'Aderente/Assicurato.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Aderente/Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del Premio corrisposto alla Compagnia.

**Mezzi di pagamento.** Il pagamento del Premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante bonifico bancario oppure altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo assegno bancario oppure flusso di addebito telematico su c/c.

**Il Contratto non prevede il riscatto.**

---

### 8 – DENUNCIA DEI SINISTRI

---

Per ottenere la liquidazione della prestazione **devono essere consegnati alla Compagnia, entro 30 (trenta) giorni dal momento del Sinistro o dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	Via San Gregorio , 48 MILANO
Via e-mail	gestione.sinistri@harmoniemutuelleitalia.it

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Via PEC

harmoniemutuelle@legalmail.it

### Art. 8.1 Decesso

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative, del Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, del Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- copia conforme della "Scheda di morte oltre il 1° anno di vita" (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione sanitaria, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:

- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.
- In entrambi i casi, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dalla definizione dell'iter amministrativo atto alla liquidazione del sinistro.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

### Art. 8.2 Invalidità Totale e Permanente

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative, del Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, del Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

### Disposizioni comuni

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Aderente/Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro.

L'Aderente/Assicurato deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il cui costo sarà a totale carico della Compagnia medesima.

---

## 9 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

---

La Compagnia si impegna a formulare offerta liquidativa del Sinistro agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il Sinistro.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

### 10 – PERSONE ASSICURABILI e FORMALITA' DI AMMISSIONE

---

Le garanzie assicurative non valgono 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 maniche depressive, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo.

Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Italia che hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato

avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia;
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia;
- sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto.

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata al successivo punto 10.1 Limiti assuntivi.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, del Questionario Anamnestico con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico con almeno una risposta positiva, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Aderente/Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

#### 10.1 Limiti assuntivi

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Aderente/Assicurato e, ove richiesto, del Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia inferiore o uguale a 50 anni al momento dell'Adesione, dovrà essere fornito il Questionario Medico Semplificato debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia superiore a 50 anni al momento dell'Adesione, dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

---

### 11 – LIMITI TERRITORIALI

---

L'assicurazione vale per sinistri verificatisi nel mondo intero.

---

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

---

### 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

---

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del Contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

---

### 13 – COMUNICAZIONI

---

Salvo quanto previsto nell'art. 5 – Recesso – delle Condizioni di Assicurazione, tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente/Assicurato sulla Richiesta di Adesione.

---

### 14 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

---

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri relativi sono a carico dell'Aderente/Assicurato.

---

### 15 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

---

Qualora l'Infortunio subito dall'Aderente/Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c.

---

### 16 – COLLEGIO MEDICO – CONTROVERSIE E RECLAMI

---

#### **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 rifiuti 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.

#### **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](http://www.giustizia.it).

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Esperita la mediazione obbligatoria rimarrà facoltà dell'assicurato, in caso di divergenza sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata di inabilità temporanea, adire il Tribunale competente.

### Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

**UFFICIO RECLAMI  
HARMONIE MUTELLE ITALIA  
Via San Gregorio, 48  
MILANO**

Nel reclamo – di cui si allega esempio - dovranno essere indicati i seguenti dati:

- Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della Polizza e nominativo del Contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

La Società gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

---

### 17 – LEGGE APPLICABILE

---

La Legge applicabile al Contratto di assicurazione è quella italiana.

---

### 18 – FORO COMPETENTE

---

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Aderente/Assicurato, o quello da lui preferito.

---

### 19 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

---

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

## Modulo Fac- Simile Richiesta di Adesione Polizza Collettiva N. XXXX

1) Dati dell'Aderente/Assicurato				
Cognome		Nome		
Indirizzo		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Professione		Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione

Totale capitali già assicurati da XXXX o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

Preso atto che XXXX ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. XXXX una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della XXXX, o delle sue partecipate o controllate.

### RICHIEDE DI ADERIRE A:

☐ Opzione di prodotto 1	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
☐ 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

☐ Opzione di prodotto 2	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
☐ 7 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

☐ Opzione di prodotto 3	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
☐ 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

☐ Opzione di prodotto 4	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
☐ 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro



### ☐ Opzione di prodotto 5

A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte

B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia

Durata

7 anni

Capitale assicurato

Euro

Premio unico totale

Euro

### ☐ Opzione di prodotto 6

A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte

B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia

Durata

10 anni

Capitale assicurato

Euro

Premio unico totale

Euro

## INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Aderente/Assicurato:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% _____	% _____

## PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	• Premio Unico anticipato
Mezzi di Pagamento del Premio	• Bonifico e/o assegno bancario

## REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del Contratto.
- L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite della Contraente, mediante lettera raccomandata inviata a:

XXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXX

## INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ADERENTE / ASSICURATO

La Compagnia assume il rischio raccogliendo da ciascun Aderente/Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (parte integrante della presente Richiesta di Adesione) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO.

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO):**

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

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO**

**AVVERTENZE**

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 1**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato*

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato*

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di Decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO**

**AVVERTENZA – Si informa l’Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l’informativa precontrattuale della Polizza Collettiva, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.**

**DICHIARO di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva e di averne preso piena visione:**

- a) Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: *“Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti”* e *“Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto”*;
- b) Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d’investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
  - Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario);
  - Richiesta di Adesione (fac-simile).

**DICHIARO di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.**

**Con l’apposizione della firma in calce, DICHIARO di voler aderire alla Polizza Collettiva e di voler attivare le coperture assicurative (a seconda dell’Opzione da me scelta), accettando integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute nel Set Informativo.**

<b>Luogo e Data</b>
<b>FIRMA DELL’ADERENTE/ASSICURATO</b>

**DICHIARO ALTRESÌ:**

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte della Compagnia all’adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, della Compagnia;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni;
- di non aver compiuto 65 anni di età.

<b>Luogo e Data</b>
<b>FIRMA DELL’ADERENTE/ASSICURATO</b>

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)** Io sottoscritto, dopo aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nelle Informazioni sul Trattamento dei dati personali, contenute all’interno del Set Informativo precontrattuale a me consegnato, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in piena libertà, esprimo il consenso al trattamento dei dati particolari che mi riguardano, ivi compresi quelli da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, ai fini dell’esecuzione del contratto di assicurazione.

**Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.**

<b>Luogo e Data</b>
<b>FIRMA DELL’ADERENTE/ASSICURATO</b>

---

**DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

Io sottoscritto dichiaro di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle **Condizioni di Assicurazione: Art. 1 Oggetto dell'assicurazione; Art 2 Delimitazioni ed Esclusioni; Art.3 Limiti di indennizzo; Art. 5. Recesso; Art. 8. Denuncia dei Sinistri; Art. 12 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio; Art. 16 Collegio Medico – Controversie e Reclami;**

<b>Luogo e Data</b>
<b>FIRMA DELL'ASSICURATO</b>



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° XXXX**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA**

Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione:

- a) per il tramite del Contraente  
ovvero
- b) direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione sempre unitamente alla Richiesta di Adesione compilato e sottoscritto dall'Aderente in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.**

**AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- c) la Compagnia si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

**Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La Compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.**

Altezza: .....cm    Peso: .....kg		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
1. E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? ..... Trattamento e posologia.....
2. E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? ..... Da quando? .....
3. E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? ..... (allegare copia della notifica di rendita)
4. Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? .....
5. Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
6. Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato <b>positivo</b> per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? ..... Quando? ..... Risultato?    Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
7. E' mai stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni: • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa • Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare,	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Patologia?    Quando?    Durata?  ..... ..... .....



## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art.13 e 14 Regolamento UE 2016/679)

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 informarvi 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 San Gregorio 48, 20124 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e.mail: [privacy@harmoniemutuelleitalia.it](mailto: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 email all'indirizzo [dpo@harmoniemutuelleitalia.it](mailto:dpo@harmoniemutuelleitalia.it);
- per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via San Gregorio 48, 20124 Milano;

fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via San Gregorio 48, 20124 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 appresso indicate:

FINALITÀ (Perché trattiamo i suoi dati)	BASE GIURIDICA (Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO (Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)
<p>Ai fini della valutazione della sussistenza dei presupposti per la copertura del rischio, nonché- in caso affermativo- per la gestione ed esecuzione del contratto assicurativo.</p>	<p>1) Riguardo ai dati riconducibili alle "categorie particolari" di cui all'art. 9 del GDPR (es. dati relativi al Suo stato di salute), la base giuridica del trattamento è quella <b>di cui all'art. 9 par. 2 lett. a)</b> "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".</p> <p>2) Limitatamente agli ulteriori dati personali, diversi da quelli di cui al precedente punto n. 1), la base giuridica del trattamento è quella <b>di cui all' art. 6 par.1 lett. b)</b> "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte".</p>	<p>Per quanto riguarda il trattamento dei dati appartenenti alle "categorie particolari" di cui all'art. 9, occorre l'esplicito consenso dell'assicurato; al contrario, per il trattamento dei dati non appartenenti alle "categorie particolari", non occorre il consenso dell'interessato, essendo tale trattamento necessario alla conclusione di un contratto per la prestazione di un servizio richiesto dall'interessato stesso. Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato è libero, ma l'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe pregiudicare la possibilità di concludere il contratto di assicurazione e/o dare corso alle prestazioni ivi previste.</p>



Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, anticiclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	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'interessato 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 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.	Art. 6 par. 1 lett.f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	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 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.	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 consortili 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
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 Titolare. Un estratto completo degli articoli di legge è riportato di seguito.

**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.

**ALLEGATO 2**

**FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA**

Harmonie Mutuelle Italia  
Ufficio Reclami  
Via San Gregorio, 48  
20124 MILANO  
Fax n.: 02 99 37 10 44  
Email : [ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it](mailto: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.