squarelife

Polizza di assicurazione Vita Temporanea caso morte Invalidità Totale e Permanente e perdita di Autosufficienza

Il presente SET INFORMATIVO è composto da

- Documento Informativo Precontrattuale - DIP Vita
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - DIP aggiuntivo Vita
- Le Condizioni Generali di Assicurazione
- Il Glossario
- Il modulo di Proposta di Polizza/Certificato di Assicurazione

che l'Assicurato deve ricevere prima della sottoscrizione del Certificato di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il SET INFORMATIVO.

edizione del 1 giugno 2023

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

squarelife

Assicurazione Vita
Temporanea Caso Morte, Invalidità Totale e Permanente e perdita di Autosufficienza

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

Prodotto: **Reddito Senza Sorprese - Blue Collar**

BROKER senza sorprese

Un prodotto **Squarelife Insurance AG** distribuito da **Reddito Senza Sorprese**

Il presente DIP aggiuntivo Vita è stato redatto in data **22 luglio 2025** ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Reddito Senza Sorprese - Blue Collar è un prodotto multigaranzia che prevede, a fronte del pagamento di un premio annuo anticipato costante, quattro diverse garanzie per la protezione dei rischi sulla persona: la garanzia "Temporanea Caso Morte", la garanzia "Invalidità Totale e Permanente da malattia", e la garanzia "Non Autosufficienza" dell'Assicurato per qualsiasi causa.

L'Assicurato è la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulata la Polizza e che può non coincidere con il Contraente, che è la persona fisica che rilascia le dichiarazioni di polizza e paga il premio.

I Beneficiari del Capitale Assicurato in caso di Decesso sono i soggetti scelti dall'Assicurato o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dello stesso Assicurato. Per tutte le altre garanzie il beneficiario è l'Assicurato stesso.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Garanzia Principale

- **Prestazione in caso di Decesso**

  In caso di Decesso dell'Assicurato verificatosi durante il periodo di copertura, l'Impresa di Assicurazione eroga ai beneficiari, come da condizioni contrattuali previste, un importo pari al Capitale Assicurato indicato nel Certificato di Polizza oppure, in caso di Capitale Decrescente, il Capitale Assicurato calcolato alla data del decesso secondo la tabella "Piano di sviluppo del Capitale Decrescente Assicurato" allegato al Certificato di Polizza, diversificati per garanzia, a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

  Per la garanzia Decesso Il Capitale Assicurato non può superare €1.000.000,00, salvo patto speciale, o essere inferiore a €20.000,00.

  Il Contraente/Assicurato può scegliere tra la formula con **Capitale Assicurato Costante** oppure con **Capitale Assicurato Decrescente.**

Garanzie Aggiuntive (valide solo se richiamate nel Certificato di Polizza)

- **Invalidità Totale e Permanente (ITP) da malattia**

  In caso di malattia dell'Assicurato nel periodo di copertura che abbia come conseguenza un'Invalidità Totale e Permanente di grado superiore al 50%, come da condizioni contrattuali previste, l'Impresa di Assicurazione eroga all'assicurato una somma pari al capitale assicurato indicato nel Certificato di Polizza oppure, in caso di Capitale Decrescente, il Capitale Assicurato alla data dell'evento come da tabella "Piano di sviluppo del Capitale decrescente Assicurato" allegato al Certificato di Polizza.

  Il Capitale Assicurato scelto dall'Assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente non può superare €750.000,00.

- **Perdita Permanente dello Stato di Autosufficienza.**

  La prestazione di rendita mensile vitalizia di importo costante, è erogata dall'Impresa di Assicurazioni in caso di riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, conseguente a malattia o infortunio avvenuto durante la durata contrattuale e successivamente al periodo di carenza, e finché l'Assicurato permanga nello stato di Non Autosufficienza.

  La Perdita Permanente dello Stato di Autosufficienza avviene quando l'Assicurato è riconosciuto incapace di svolgere autonomamente, anche parzialmente, almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana sotto indicate: **Lavarsi, Vestirsi e Svestirsi, Andare alla toilette, Muoversi, Continenza, Alimentarsi.**

  La rendita mensile in caso di Non autosufficienza potrà, a scelta dell'Assicurato, essere compresa tra un minimo di €500,00 e un massimo di €2.000,00, con multipli di € 250.

Che cosa NON è assicurato?

Garanzia principale:
- Assicurati che alla decorrenza del contratto abbiano meno di 18 anni compiuti e più di 65 anni assicurativi.
- Un capitale inferiore a 20,000.00 EUR
- Decesso avvenuto durante l'inefficacia della garanzia.

Garanzie complementare ITP e Non Autosufficienza:
- L'Insorgenza dell'invalidità totale e e permanente o la Non Autosufficienza durante l'inefficacia della relativa garanzia.

Per tutte le garanzie:
- Quanto riportato come esclusione nel certificato di polizza alla sessione ALTRE OSSERVAZIONI

Ci sono limiti di copertura?

Tutte le garanzie prestate in polizza non sono operanti, quindi nessun indennizzo sarà riconosciuto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di eventi accaduti nei seguenti casi:

Esclusioni comuni a tutte le garanzie:
- dolo dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- fatti di guerra;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio o tentato suicidio;
- abuso di alcol e abuso o uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni e simili;
- stato di ubriachezza/ebbrezza alla guida di un veicolo con tasso alcolemico uguale o superiore allo 0,8 g/l;
- infortunio, malattia o decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo;
- pratica di attività sportive pericolose;
- pratica di professioni pericolos;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire le prescrizioni mediche;

Esclusioni particolari applicabili alla sola garanzia Invalidità Totale e Permanente da malattia (ITP):
- Stato di invalidità o inabilità accertato e pre-esistente alla data di effetto delle garanzie;
- Malattie del sistema nervoso non di causa organica (es depressione, psicosi, etc).

Esclusioni particolari applicabili alla sola garanzia Non Autosufficienza:
- Malattie del sistema nervoso non di causa organica – (es depressione, psicosi etc).

Carenza per la Garanzia Decesso:
- 5 (cinque) anni di carenza dalla data di decorrenza delle garanzie per Decesso, dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita, in assenza di un test HIV con esito negativo.

Carenza per la Garanzia di Non autosufficienza:
- La garanzia Non Autosufficienza è efficace trascorsi: 36 (trentasei) mesi e precisamente per tre anni in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla); 12 (dodici) mesi per tutte le altre malattie

Dove vale la copertura?

La copertura è garantita in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

L' **Assicurato** deve:
- pagare il premio;
- rilasciare sempre dichiarazioni veritiere, esatte e complete.

L'Assicurato o altra persona designata o i Beneficiari designati devono dare tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione del sinistro all'indirizzo e-mail info@squarelife.eu o a mezzo lettera raccomandata A/R con ricevuta di ritorno, allegando sempre il documento di riconoscimento e tessera sanitaria.

In caso di **"Decesso"** dell'Assicurato sono richiesti:
- il Certificato di morte originale in carta semplice;
- la Relazione medica sulle cause del decesso
- copia conforme dell'originale della cartella clinica, in caso di ricovero ospedaliero, o verbale del 118 se intervenuto e certificato di decesso rilasciato dal medico competente
- copia della carta di identità e codice fiscale o tessera sanitaria di ogni beneficiario.
- se il Beneficiario è genericamente identificato come "erede legittimo", copia del testamento pubblicato o l'atto sostitutivo di notorietà;
- **l'eventuale** verbale di Pronto Soccorso
- **l'eventuale** verbale delle forze dell'ordine o il Certificato della procura o altro documento rilasciato dall'Autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- **l'eventuale** referto autoptico e/o indagini tossicologiche.

In caso di **"Invalidità Totale e Permanente da malattia (ITP)"** sono richiesti:
- la Relazione medica sulle cause generanti lo stato di Invalidità Totale Permanente (ITP) con anamnesi medica rilasciata dal medico curante che aveva in cura l'Assicurato nel periodo antecedente la data di decorrenza della copertura.
- copia conforme all'originale dell'accertamento dell'Invalidità Totale Permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico;
- copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'Assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia o dell'infortunio;
- **l'eventuale** verbale del pronto soccorso;
- **l'eventuale** verbale redatto dalle autorità intervenute;

Quando e come devo pagare?

La Polizza prevede il pagamento di premi annui anticipati di importo co- stante che possono essere frazionati, senza oneri aggiuntivi, in rate mensili, per tutta la durata della stessa Polizza o, se precedente, fino alla data di Decesso dell'Assicurato, fatta salva la garanza Non Autosufficienza per la quale l'Impresa di Assicurazione si riserva la possibilità di rivedere l'importo del premio ad intervalli di 5 anni.

L'entità del premio annuo dipende:
- dall'età del Contraente/Assicurato;
- dal Capitale Assicurato;
- dalla Durata dell'Assicurazione;
- dallo stato di salute del Contraente/Assicurato;
- dalle attività professionali e sportive svolte dal Contraente/Assicurato;

Il pagamento del premio può avvenire continuativo a mezzo SEPA Direct Debit (S.D.D.) o tramite bonifico.

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

Il pagamento sarà effettuato direttamente all'Impresa di Assicurazione che non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle predette modalità di pagamento.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Polizza decorre, ovvero comincia, dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Polizza o dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, se successivo, e resta valida per tutta la Durata di Polizza.

La Durata di Polizza, in anni interi, viene scelta dall'Assicurato tra un minimo di 5 ed un massimo di 30 anni a condizione che l'età assicurativa dell'Assicurato non ecceda i 70 anni, fatta salva la garanzia Non Autosufficienza.

La Polizza termina la sua validità alla data di scadenza riportata del Certificato di Polizza oppure

- in caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la garanzia principale Decesso
- in caso di Decesso del Contraente/Assicurato non indennizzabile a termini di Polizza;
- alla conclusione della Durata Contrattuale della Polizza, nel caso in cui non sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva Non Autosufficienza;
- in caso di esercizio del diritto di revoca o di recesso;
- in caso di mancato pagamento del premio una volta trascorso il periodo utile per la riattivazione;

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

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

Entro 30 giorni dalla data di inizio della Polizza riportato sul Certificato di Polizza, l'Assicurato può invece **recedere** dalla stessa, esercitando il diritto di ripensamento (recesso): in questo caso l'Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di Assicurazione.

La revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail info@squarelife.eu .

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ Sì ☑ No

Non sono previsti riscatti o riduzioni.

squarelife

Assicurazione Vita
Temporanea Caso Morte, Invalidità Totale e Permanente e perdita di Autosufficienza
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Prodotto: **Reddito Senza Sorprese - Blue Collar**

BROKER senza sorprese

Distribuito da: **Reddito Senza Sorprese**

Il presente DIP aggiuntivo Vita è stato redatto in data **10 febbraio 2026** ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

Squarelife Insurance AG ("Squarelife") con sede in Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein; telefono +423 237 15 65; sito internet www.squarelife.eu; e-mail: info@squarelife.eu; PEC: squarelife.pec@sicurezzapostale.it.
Squarelife è iscritta al Registro delle imprese di assicurazione tenuto dalla FMA - Financial Market Authority, l'Autorità di vigilanza delle imprese di assicurazioni in Liechtenstein, al numero FL-0002.197.226-9 con provvedimento di autorizzazione n. 109964.
Squarelife è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in Italia in regime di libera prestazione di servizi, è iscritta presso l'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS con n. II.00636 ed è soggetta alla vigilanza di FMA.
Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del patrimonio netto della Società è di Euro 14 milioni, di cui Euro 7 milioni di capitale sociale ed Euro 7 milioni di riserve patrimoniali totali; Il risultato economico di periodo è pari a 1 milione. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è 264%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'Impresa: www.squarelife.eu.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza è rivolta alle persone che alla decorrenza del contratto, abbiano un'età compresa tra i 18 e i 65 anni. Il prodotto è idoneo per chi desidera garantire sicurezza economica per sé e per le persone che ama in caso di decesso, invalidità totale e perdita dello stato di autosufficienza. La polizza è anche pensata per garantire una rendita mensile vitalizia di importo costante in caso di non autosufficienza.

Quali costi devo sostenere?

I premi variano in funzione dell'età dell'Assicurato e del Capitale Assicurato e della Durata scelta dall'Assicurato.
Il premio finale della Polizza, indicato nel Certificato di Polizza, include i seguenti costi:

- Costi amministrativi ripartiti in 24 € di costi fissi a cui si aggiunge il 2,00% sul premio (al netto dei sovrappremi e dei costi fissi amministrativi);
- Costi di intermediazione pari a 30,00% al netto dei costi fissi e dei sovrappremi.

Il costo di visite mediche ed esami, eventualmente richiesti dall'Impresa di Assicurazione, sono a carico del Contraente.

Non vi sono ulteriori voci di costo al di fuori di quelle citate.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali **Reclami** potranno essere presentati inviando una comunicazione alla funzione reclami dell'Impresa disponibile ai seguenti recapiti: **Squarelife Insurance AG** Landstrasse 33, FL-9491 Ruggell Liechtenstein Telefono: +423 237 15 65 email: info@squarelife.eu www.squarelife.eu Puoi presentare Reclamo all'Impresa di Assicurazione anche utilizzando la sezione CONTATTACI sul sito di Squarelife. www.squarelife.eu. La conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS: **Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)** via del Quirinale 21, IT-00187, Roma Fax: +39 06 42133206; email: pec: ivass@pec.ivass.it info su: www.ivass.it o in alternativa all'Autorità di vigilanza del Paese di origine dell'Impresa di assicurazione **Financial Market Authority Liechtenstein (FMA)** Landstrasse 109, LI-9490, Vaduz Telefono: +423 236 73 73 Fax: +4232367374 email: info@fma-li.li
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Dopo aver presentato reclamo alla Compagnia, in assenza di risposta o se questa non è soddisfacente, il Contraente/Assicurato può presentare ricorso rivolgendosi al Comitato di Conciliazione del Liechtenstein, verbalmente o per iscritto. **Concilation Board of Liechtenstein** Dr. Peter Wolff, Attorney-at-Law Landstrasse 60 PO Box 343 FL-9490 Vaduz – Principality of Liechtenstein Telefono: + 423 220 20 00 Il Comitato di Conciliazione del Liechtenstein è il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET cui l'impresa aderisce. Ulteriori dettagli sulla procedura sono disponibili cliccando sul seguente link: https://schlichtungsstelle.li/en/enquiries/
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Il Contraente/Assicurato o i Beneficiari possono attivarla tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi corrisposti in esecuzione della Polizza sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Alla Polizza si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR), sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio del Contraente/Assicurato quando sottoscrive la Polizza. L'Assicurato si impegna a comunicare entro trenta (30) giorni la variazione dell'indirizzo di residenza, in un altro stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, l'Assicurato resta responsabile per ogni eventuale danno causato all'Impresa di Assicurazione per contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza. **Detrazione fiscale dei premi** Sui premi versati all'Assicuratore aventi per oggetto il rischio di morte per qualsiasi causa è riconosciuta, nella misura in cui l'Assicurato sia una persona fisica, una detrazione di imposta ai fini IRPEF pari al 19% dei premi stessi ed entro il limite stabilito dalla normativa vigente. **Tassazione delle prestazioni assicurate** Il Capitale Assicurato e/o le altre Somme Assicurate, pagate dall'Impresa di Assicurazione al verificarsi dei sinistri, non sono soggette all'IRPEF (imposta sul reddito), se Beneficiari e Assicurato sono persone fisiche, e neppure all'imposta sulle successioni.

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	Si precisa espressamente che, qualora il Cliente sia stato precedentemente affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, in assenza di recidive, da più di 10 anni, ai sensi della legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dei relativi decreti attuativi, lo stesso non è tenuto a fornire alcuna informazione, né a sottoporsi ad alcuna indagine, inclusa, a titolo esemplificativo, la visita medica, in relazione a tale pregressa patologia. Per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico. Il termine di 10 anni è ridotto a 5 anni qualora la patologia oncologica sia insorta prima del compimento del 21° anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi sono previsti termini inferiori, indicati nella tabella consultabile sul sito internet dell'Impresa al seguente link: https://www.squarelife.eu/it/diritto-all-oblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ASSICURATO (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

squarelife

BROKER
senza sorprese

Reddito Senza Sorprese - Blue Collar

Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

Identità dell'assicuratore

L'assicuratore è:
Squarelife Insurance AG ('Squarelife')
Landstrasse 33
9491 Ruggell
Liechtenstein

www.squarelife.eu

Registrata eautorizzata da FMA in Liechtenstein
Registo: FL-0002.197.226-9

Ufficio reclami e autorità di controllo

Il contraente può presentare reclamo all'assicuratore o all'autorità di vigilanza:

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz
Liechtenstein

Rimane salva la possibilità di contattare gli uffici reclami locali o di intraprendere azioni legali.

Indice

3
§1 Oggetto della Polizza e Prestazioni assicurate
§1.1 Garanzia Principale
§1.2 Garanzie Aggiuntive

5
§1.3 Cumulo delle prestazioni
§2 Requisiti di assicurabilità
§2.1 Persone assicurabili e limiti di età
§2.2 Persone non assicurabili
§3 Esclusioni e limitazioni
§3.1 Esclusioni

7
§3.2 Carenza
§4 Validità territoriale
§5 Premio
§5.1 Pagamento del Premio
§5.2 Variazioni delle basi tecniche

8
§5.3 Mancato pagamento del premio: risoluzione
§5.4 Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

9
§6 Modalità assuntive
§7 Diritto di revoca della Proposta di Assicurazione

10
§8 Conclusione del contratto
§9 Decorrenza delle garanzie assicurative e Durata
§9.1 Durata dell'Assicurazione

11
§10 Dichiarazione del Contrente/Assicurato
§11 Diritto di recesso
§12 Diritto di riscatto, prestito e riduzione

12
§13 Beneficiario della prestazione
§14 Cessione pegno o vincolo
§15 Obbligazioni in caso di sinistro – Pagamento della prestazione assicurata

14
§16 Modalità di calcolo del Capitale Assicurato Decrescente

15

§17 Il documento che calcola la corrispondenza della soluzione rispetto al fabbisogno individuato
§18 Prescrizione
§19 Tasse e imposte
§20 Modifiche dell'Assicurazione
§21 Comunicazioni
§22 Giurisdizione, Procedimento di Mediazione e Foro Competente
§23 Legge applicabile al Contratto

16
§24 Rinvio alle norme di legge

19
Glossario

Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

§ 1
Oggetto della Polizza e Prestazioni assicurate

(1) **Reddito Senza Sorprese - Blue Collar** è un'Assicurazione di durata pluriennale che ha lo scopo di proteggere il reddito dell'Assicurato da eventi avversi che possono colpire la sua persona.
Il prodotto è riservato alla persona che svolge lavoro manuale per almeno il 20% del totale del tempo lavorativo. Per lavoro manuale si intende un lavoro che include, ad eccezione di persone addette alla supervisione/controllo da remoto/controllo di macchinari completamente automatizzati (ad esempio operatore CNC), una o più delle seguenti attività:
a) Lavoro ad altezze maggiori di 15 metri;
b) Guida di veicoli (ad eccezione di autovettura/furgoncino/furgone);
c) Esposto a cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive, linee elettriche ad alta tensione;
d) Sollevamento di oggetti pesanti maggiori di 10Kg;
e) Lavoro con macchinari/utensili pesanti quali macchinari semoventi, autoalimentati o trainati, (comprensivi di macchine agricole) destinati ad uso nell'agricoltura, nella cantieristica navale, nelle costruzioni, nell'industria, nell' industria miniera, nella selvicoltura -– quali ruspe, scavatrici, macchine movimento terra, carelli elevatori/muletti, argani, gru, trattori; ai fini della definizione si intendono macchinari pesanti anche macchine fisse (cioè non da banco) per la lavorazione del ferro/legno etc (quali seghe, presse industriali, torni etc) e utensili pesanti quali martello pneumatico, demolitori e similari..

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

(3) Oltre alla garanzia principale, **Decesso** che è sempre presente, il Contraente/Assicurato può estendere la protezione integrando la garanzia principale con quelle aggiuntive **Invalidità Totale e Permanente da malattia** e **Non Autosufficienza** descritte ai successivi (§ 1.1) e (§ 1.2).

(4) Il Contraente/Assicurato per le garanzie **Decesso** e **Invalidità Totale e Permanente da malattia** può scegliere tra la formula con Capitale Assicurato Costante oppure con Capitale Assicurato Decrescente:
a) **Capitale Assicurato Costante**, ossia che non varia per tutta la durata della/e garanzia/e;
b) **Capitale Assicurato Decrescente** che decresce per l'intera durata della/e garanzia/e secondo il Piano di Sviluppo del Capitale Decrescente Assicurato con capitale iniziale scelto dal Contraente/Assicurato e di durata pari a quella della durata della/e garanzia/e indicate nel Certificato di Polizza, come meglio precisato al successivo (§ 16).

(5) Le garanzie sono valide e operanti solo se richiamate nel Certificato di Polizza con l'indicazione del capitale assicurato o della rendita mensile e il relativo premio.

(6) La validità della polizza è subordinata alla rispondenza delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in fase di adesione circa il proprio stato di salute, professione e stile di vita.

(7) Se alla data di scadenza l'Assicurato è in vita, nel caso in cui non sia acquistata la garanzia di non Autosufficienza, la Polizza perde la sua validità e i premi pagati restano acquisiti dall'impresa di assicurazione.

§ 1.1 Garanzia Principale

In caso di **Decesso** dell'Assicurato, verificatosi prima della scadenza della/e garanzia/e, l'Impresa di Assicurazione garantisce, salvo i casi di esclusione specificati al successivo (§ 3.1), il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza oppure, in caso di Capitale Decrescente, il Capitale Assicurato calcolato alla data del decesso secondo la tabella "Piano di sviluppo del Capitale Decrescente Assicurato" allegato al Certificato di Polizza, diversificati per garanzia, a condizione che la Polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

a) **Decesso** da malattia o infortunio
Il Capitale Assicurato scelto dall'Assicurato per la garanzia **Decesso** non può superare **€1.000.000,00** salvo patto speciale da inserire nel certificato di polizza, o essere inferiore **€20.000,00**. Il Contraente/Assicurato può scegliere tra la formula con Capitale Assicurato Costante oppure con Capitale Assicurato Decrescente come descritto al precedente (§ 1).
In caso di pagamento del capitale assicurato per la garanzia **Decesso**, la polizza cesserà.

§ 1.2 Garanzie Aggiuntive

(1) Alla Garanzia Principale, versando un premio aggiuntivo, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di integrare la protezione con le garanzie aggiuntive **Invalidità Totale e Permanente da malattia** (ITP) con capitale massimo €750.000,00 e **Non Autosufficienza**.

(2) **Le seguenti Garanzie Aggiuntive sono valide solo se espressamente richiamate nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza** con il capitale assicurato costante o decrescente per la garanzia ITP, la rendita mensile per la Non Autosufficienza e il relativo premio aggiuntivo per ogni singola garanzia acquistata.

(3) Le Garanzie Aggiuntive possono essere acquistate anche singolarmente:
b) **Invalidità Totale e Permanente (ITP) da malattia**
Con la presente Garanzia, in caso di malattia dell'Assicurato, verificatosi nel periodo di validità della garanzia, che abbia come conseguenza un'Invalidità Totale e Permanente di grado di invalidità superiore al 50%, accertata da Squarelife, la stessa corrisponderà all'assicurato una somma pari al capitale assicurato indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza oppure, in caso di Capitale Decrescente, il Capitale Assicurato calcolato alla data dell'evento secondo la tabella "Piano di sviluppo del Capitale decrescente Assicurato" allegato al Certificato di Polizza.
Il Capitale Assicurato scelto dall'Assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente non può superare €750.000,00.

Il Contraente/Assicurato può scegliere tra la formula con Capitale Assicurato Costante oppure con Capitale Assicurato Decrescente come descritto al precedente (§ 1).

Per Invalidità Totale e Permanente da malattia si intende la perdita totale e permanente della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata, con un grado di invalidità superiore al 50%.

L'Invalidità Totale e Permanente deve essere stata causata da malattia, oggettivamente accertabile, indipendente dalla volontà dell'Assicurato e accertata da un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

Per il calcolo del grado di invalidità si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124.

Sono escluse dalla tutela assicurativa le inabilità derivanti da invalidità riconosciute o in corso di riconoscimento dai competenti organi pubblici e già note al Contraente e/o all'assicurato stesso all'atto della stipula della presente assicurazione.

In caso di pagamento del capitale assicurato per la garanzia Invalidità Totale e Permanente, la garanzia cesserà. Il contratto di assicurazione resterà in vigore per le garanzie Principali e le garanzie aggiuntive se acquistate.

c) **Perdita di Autosufficienza; Non Autosufficienza**

In caso di perdita in modo presumibilmente permanente del Contrente/Assicurato conseguente a malattia o infortunio, avvenuta successivamente al periodo di Carenza al successivo (§ 3.2) punto c), l'Impresa di Assicurazioni erogherà a suo favore una rendita mensile vitalizia posticipata di importo costante riportata nel Certificato di Polizza, trascorso il periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza, fino al perdurare dello stesso.

Il Contrente/Assicurato potrà scegliere in sede di adesione un importo di rendita mensile, in caso di Non Autosufficienza, tra un minimo di €500,00 e un massimo di €2.000,00, con multipli di € 250.

La rendita non sarà soggetta rivalutazione.

La somma assicurata sarà pagata se l'assicurato incorre nella "Perdita di autosufficienza" presumibilmente permanente nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana", secondo la definizione sotto riportata.

(4) Per lo scopo della presente polizza è ritenuta non autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

1. **Lavarsi**: la capacità dilavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi**: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo**: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).
4. **Spostarsi**: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza**: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi**: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

(5) Successivamente al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e conseguentemente all'erogazione della rendita mensile prevista, l'Impresa di Assicurazione potrà sottoporre l'Assicurato ad accertamenti volti a verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza.

(6) In caso di decesso dell'Assicurato la Polizza si intenderà estinta e nulla sarà dovuto da parte dell'Impresa di Assicurazione. I premi pagati resteranno dalla stessa acquisiti.

(7) **Periodo di Franchigia**

La prestazione di rendita verrà corrisposta, se perdura lo stato di Non Autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di Non Autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di Franchigia, l'Impresa di Assicurazione inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

(8) In caso di pagamento della rendita mensile per **Non Autosufficienza**, la polizza continuerà a restare in vigore per la garanzia principale e le garanzie aggiuntive Invalidità Totale e Permanente da malattia, se acquistate, salvo le esclusioni al successivo (§ 3.1).

(9) Durante l'erogazione della rendita mensile, il Contraente/Assicurato è obbligato al versamento del premio per le altre garanzie acquistate, ad eccezione della garanzia **Non Autosufficienza**.

(10) Nel caso in cui l'Assicurato riacquisti l'autosufficienza l'erogazione della rendita mensile sarà interrotta e riprenderà il pagamento del premio corrispondente anche per la garanzia **Non Autosufficienza**.

§ 1.3 Cumulo delle prestazioni

Le indennità per tutte le garanzie prestate con la presente polizza sono cumulabili tra loro.

§ 2
Requisiti di assicurabilità

§ 2.1 Persone assicurabili e limiti di età

(1) E' assicurabile la persona fisica che al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione:
- sia residente nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano e sia munita di Codice Fiscale o tessera sanitaria Italiana;
- abbia soddisfatto i requisiti previsti all'(§ 6) delle presenti Condizioni.

(2) L'età assicurativa del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e alla data di conclusione della polizza deve essere compresa:
a) tra 18 (diciotto) e 65 (sessantacinque) anni, mentre a scadenza non può risultare superiore a 70 (settanta) anni per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente da malattia.
b) tra 18 (diciotto) e 65 (sessantacinque) anni per la garanzia Non Autosufficienza.

§ 2.2 Persone non assicurabili

(3) Non sono assicurabili le persone che non soddisfano i requisiti al di cui precedente (§ 2.1).
(4) Non sono assicurabili per le garanzie ITP e Non Autosufficienza le persone che risultano già affette da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

§ 3
Esclusioni e limitazioni

§ 3.1 Esclusioni

a) Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Tutte le garanzie prestate in polizza non sono operanti, quindi nessun indennizzo sarà riconosciuto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di eventi accaduti nei seguenti casi:

1. Dolo o partecipazione attiva a delitti dolosi del Contraente/Assicurato e del beneficiario.
2. Fatti di guerra:
   a. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra;
   b. Infortunio o decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane;
   c. Limitatamente alle garanzie Invalidità Totale e Permanente e Non Autosufficienza si intendono altresì esclusi contaminazione nucleare o chimica, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.
3. Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.
4. Suicidio o tentativo di suicidio se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione:
   a. Limitatamente alle garanzie Invalidità Totale e Permanente e Non Autosufficienza si intendono sempre esclusi tutti gli atti intenzionali dell'Assicurato e in particolare il tentativo di suicidio e tutti gli atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata.
5. Malattie, infortuni o decesso correlati all'abuso di alcool, nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili.
6. Infortunio o decesso che avvenga quando l'Assicurato si trova alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza caratterizzato da un tasso alcolemico uguale o superiore allo 0,8 g/l.
7. Infortunio, malattia o decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
8. La pratica delle seguenti attività sportive pericolose: alpinismo con scalate di roccia, ghiaccio o ghiacciai oltre il 3° grado della scala Francese (o equivalente) e/o > 4.000 metri, speleologia, immersioni subacquee con autorespiratore, automobilismo o motociclismo quando l'utilizzo dei veicoli è su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare o allenamenti, motonautica; sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio).

9. La pratica delle seguenti attività professionali pericolose: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea); addetti ad organi di informazioni in attività all'estero; addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, stuntman, controfigura, circense, guida alpina o speleologica; addetto alle forze armate con missioni all'estero e/o uso di esplosivi, piloti/equippaggi aerei/paracadutisti militari, membro dei servizi speciali, guardie carcerarie.
10. Dal rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; intendendosi che l'assicurato, di sua volontà, non ha consultato medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute.

b) Esclusioni particolari applicabili alla sola garanzia Invalidità Totale e Permanente da malattia (ITP)

Relativamente alla sola garanzia ITP, e in aggiunta alle esclusioni comuni a tutte le garanzie, la garanzia ITP non è inoltre operante nei seguenti casi:

1. Stato di invalidità o inabilità accertato e pre-esistente alla data di effetto delle garanzie;
2. Malattie psichiche quali disturbi dell'umore (depressione maggiore o bipolare), disturbi d'ansia (attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress), schizofrenia, psicosi, così come le loro conseguenze.

c) Esclusioni particolari applicabili alla sola garanzia Non Autosufficienza

Relativamente alla sola garanzia Non autosufficienza, e in aggiunta alle esclusioni comuni a tutte le garanzie, la garanzia non autosufficienza non è inoltre operante nei seguenti casi:

1. Malattie del sistema nervoso non di causa organica – (es depressione, psicosi etc); a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono quindi incluse le perdite di ADL dovute a malattie del sistema nervoso di causa organica quali ad esempio il Parkinson, l'Alzheimer, la demenza senile e la sclerosi multipla fermo restando quanto previsto ai successivi (§ 3.2) punto c) e (§ 10).

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

§ 3.2 Carenza

a) **Garanzia Decesso**
È previsto un periodo di carenza pari a 5 (cinque) anni dalla data di decorrenza delle garanzie durante il quale in caso di Decesso, dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la copertura non è operante. In caso di sinistro l'Impresa di Assicurazioni si limita a restituire ai Beneficiari una somma pari all'ammontare dei premi o rate di premio regolarmente pagati fino all'avvenimento del sinistro corrispondenti alla sola garanzia Decesso, al netto dei costi fissi. Il periodo di Carenza non è previsto qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Proposta abbia fornito specifico test HIV con esito negativo.

c) **Non autosufficienza**
La garanzia Non Autosufficienza è efficace trascorsi: 36 (trentasei) mesi e precisamente per tre anni in caso di non autosufficienza causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla); 12 (dodici) mesi per tutte le altre malattie.

§ 4
Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida senza limiti territoriali, fatto salvo quanto previsto all'(§ 3.1) relativamente agli eventi avvenuti in uno dei paesi indicati come a rischio dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (consultare il sito www.viaggiaresicuri.it).

§ 5
Premio

§ 5.1 Pagamento del Premio

(1) La prestazione assicurata viene garantita dietro pagamento di un premio annuo anticipato, il cui importo, costante per tutta la Durata della/e garanzia/e, è indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente/Assicurato corrispondente a tutte le garanzie acquistate.

(2) Nel caso in cui il Contraente/Assicurato acquisti anche la garanzia aggiuntiva Non Autosufficienza, e durante la validità della stessa garanzia per l'autosufficienza, valgono le seguenti condizioni per il pagamento del premio solo per la garanzia Non Autosufficienza:
   a) Durante l'erogazione della rendita mensile, il Contraente/Assicurato è obbligato al versamento del premio per le altre garanzie acquistate, ad eccezione della garanzia Non Autosufficienza.
   b) Nel caso in cui l'Assicurato riacquisti l'autosufficienza l'erogazione della rendita mensile sarà interrotta e riprenderà il pagamento del premio corrispondente anche per la garanzia Non Autosufficienza.

(3) L'entità del premio dipende:
   - dall'età del Contraente/Assicurato;
   - dal Capitale Assicurato;
   - dalla Durata della/e garanzia/e scelte;
   - dallo stato di salute del Contraente/Assicurato;
   - dalle attività professionali e sportive svolte dal Contraente/Assicurato;

(4) Il premio annuo può essere frazionato senza oneri aggiuntivi, in rate mensili anticipate di importo costante ed è dovuto per tutta la Durata della/e garanzia/e, ma non oltre la data di Decesso del Contraente/Assicurato.

(5) Nel caso in cui il Contraente/Assicurato abbia scelto l'opzione a Capitale Assicurato Decrescente, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente, la durata del periodo di pagamento del Premio è di 3 anni inferiore alla data di scadenza indicata nel Certificato di Polizza, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente, ma la copertura resta comunque attiva per la durata delle Garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente Per le altre garanzie in polizza il pagamento del premio è dovuto per la durata della garanzia di riferimento.

(6) È possibile l'applicazione di un Sovrappremio.

(7) I premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, secondo una delle seguenti modalità:
   - bonifico bancario;
   - addebito bancario continuativo a mezzo SEPA Direct Debit (S.D.D.).

(8) L'Impresa di Assicurazione non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle predette modalità di pagamento.

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

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

§ 5.2 Variazioni delle basi tecniche

(1) Per ciascuna delle Garanzie previste dal Contratto il Premio viene determinato sulla base delle basi tecniche in vigore al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione o alla data di Decorrenza della Garanzia, se successiva.

(2) Con riferimento " alla Non Autosufficienza", l'Impresa di Assicurazione si riserva la possibilità di rivedere l'importo del premio dovuto qualora le rilevazioni statistiche sulla popolazione nazionale o di altri paesi europei oppure le rilevazioni statistiche condotte su portafogli assicurativi evidenzino una variazione delle probabilità prese a base per il calcolo del premio tale da renderne necessaria la revisione.

(3) Tale modifica potrà avvenire a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza della Garanzia.

(4) Successivamente alla prima modifica, l'Impresa di Assicurazione può modificare nuovamente l'importo del premio ad intervalli non inferiori a cinque anni ed alle condizioni sopra stabilite.

(5) In tal caso, l'Impresa di Assicurazioni si impegna a comunicare al Contraente il nuovo importo del Premio almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza a partire dalla quale il nuovo premio sarà dovuto.

(6) Il pagamento del nuovo Premio implica l'accettazione della modifica contrattuale. Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne l'Impresa di Assicurazione, mediante raccomandata a/r o tramite posta elettronica, almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale di Polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla ricorrenza annuale, sulla base di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo Premio. Resta impregiudicata la facoltà del Contraente assicurato di recedere dalla garanzia soggetta alla variazione del premio.

(7) Per la Garanzia Non Autosufficienza, nel caso in cui sia stato interrotto il pagamento dei premi secondo quanto previsto al successivo (§ 5.3) la variazione delle basi tecniche comporta un adeguamento della prestazione che verrà ridotta in funzione della variazione stessa.

§ 5.3 Mancato pagamento del premio: risoluzione

(1) Il mancato pagamento del premio relativo al primo anno assicurativo, dei premi successivi o di una delle rate premio, in caso di frazionamento diverso dall'annuale determina, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla scadenza, la risoluzione di diritto del Contratto e i premi versati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione e in caso di sinistro, occorso durante tale periodo, la prestazione assicurata non è dovuta.

(2) Norma valida per la sola garanzia Non Autosufficienza se acquistata. Nel caso in cui il Contraente/Assicurato abbia già corrisposto almeno 8 (otto) annualità di premio e interrompa la corresponsione dei premi ancora dovuti, la copertura assicurativa rimane in vigore, per la sola garanzia Non Autosufficienza, per una prestazione ridotta rispetto a quella inizialmente pattuita.

ESEMPIO - Calcolo della prestazione ridotta

	Esempio 1	Esempio 2
Età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto	45 anni	45 anni
Rendita mensile assicurata (R)	1.500,00 EUR	1.500,00 EUR
Numero di annualità pagate (comprese frazioni) (A)	15	52
Differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza (B)	95 - 45 = 50	95 - 45 = 50
Rapporto (C): A/B	15 / 50 = 0,3	52 / 50 = 1,04
Coefficienze di riduzione (D): Se C è minore di 1, D è uguale a C. Se C è maggiore di 1, D è uguale a 1	C è minore di 1. D = 0,3	C è maggiore di 1. D = 1
Importo della rata di rendita mensile ridotta: 95% x R x D	**95% x 1.500 x 0,3 = 427,50 EUR**	**95% x 1.500 x 1 = 1.425 EUR**

(3) Tutte le altre garanzie non saranno operanti e in caso di sinistro nulla sarà dovuto dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato o ai beneficiari in caso di Decesso.

(4) L'ammontare ridotto della rendita in caso di Perdita presumibilmente Permanente dello Stato di Autosufficienza è calcolato in proporzione all'80% della riserva matematica accantonata fino a quel momento. In caso di variazione delle basi tecniche utilizzate, come da precedente § 5.2 Variazioni delle basi tecniche, la prestazione ridotta verrà adeguata in funzione di tale variazione.

(5) A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente/Assicurato non può, in nessun caso, opporre che l'Impresa di Assicurazione non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

§ 5.4 Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

(1) Entro 6 (sei) mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente/Assicurato ha diritto di riattivare l'Assicurazione, previa sottoscrizione della dichiarazione di Invariato Stato di Salute, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. In caso di riattivazione, la copertura assicurativa entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, a partire dal momento in cui il Contraente/Assicurato:
1. sottoscrive la relativa Appendice di riattivazione;
2. paga l'importo complessivo dei premi arretrati e i relativi interessi calcolati al tasso legale.

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

(3) L'Impresa di Assicurazione informerà per iscritto il Contraente/Assicurato con l'esito della valutazione della riattivazione e con l'indicazione dei premi scaduti e non versati, comprensivi di interessi calcolati al tasso legale.

§ 6
Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute e agli stili di vita forniti dall'Assicurando nonché sulla base della professione dal medesimo svolta. In funzione dell'età dell'Assicurando e dell'ammontare del Capitale Assicurato, l'Assicurando deve sottoporsi ad una visita medica per la compilazione del Rapporto di Visita Medica (RVM) come da prospetto di seguito riportato:

a) Adesione alle garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente da malattia e Non Autosufficienza:

Età	Fino a €300.000	>€300.000 a €500.000	Da €500.000,01 a €1.000.000	>€1.000.000
18-50	RVM Light	RVM	RVM + ES + ECGR	non disponibile
51-55	RVM Light	RVM + ES	RVM + ES + ECGS	non disponibile
56-60	RVM	RVM + ES + PSA (maschi)	RVM + ES + PSA (maschi) + ECGS	Non disponibile
61-65	RVM	RVM + ES + PSA (maschi) + ECGR	RVM + ES + PSA (maschi) + ECGS	Non disponibile

RVM Light:	Rapporto di visita medica digitale compilato dal medico online
RVM:	Rapporto di visita medica (comprensiva di domande non sanitarie su moduli forniti dall'Impresa di Assicurazione)
ES:	Esame Microscopico Completo delle Urine effettuato in laboratorio e esami del Sangue: Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Creatininemia, glicemia, HbA1c, AST, ALT, GGT, bilirubinemia totale e frazionata, fosfatasi alcalina, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV
PSA:	PSA totale e libero (solo per assicurandi maschi da 56 anni)
ECGR:	ECG a riposo
ECGS:	ECG sotto sforzo comprensivo di tracciato completo eseguito e refertato da un cardiologo

Per quanto concerne il RVM Light è prevista una somma assicurata massima di 300.000 euro per le garanzie caso morte e ITP, e una somma assicurata massima di 2.000 euro per la garanzia LTC.

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

Si segnala che:

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

§ 7
Diritto di revoca della Proposta di Assicurazione

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

(2) La revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@squarelife.eu .

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

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

§ 8
Conclusione del contratto

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

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

(3) Il Contratto di Assicurazione si considera concluso con la formale accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione, che provvederà ad inviare tramite posta elettronica all'indirizzo del Contraente e dell'Assicurato, indicati nella Proposta di Assicurazione, apposita lettera di conferma.

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

§ 9
Decorrenza delle garanzie assicurative e Durata

Salvo la carenza di cui al precedente (§ 3.2), ogni singola garanzia oggetto del Contratto di Assicurazione decorre – cioè entra in vigore ed è operante – dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Polizza, purché il premio sia già stato pagato, altrimenti hanno effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, e rimangono in vigore per tutta la Durata indicata nel Certificato di Polizza per ogni singola garanzia .

§ 9.1 Durata dell'Assicurazione

La Durata dell'Assicurazione può essere fissata dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e differisce a seconda delle garanzie prescelte, secondo i limiti di seguito indicati.

- Durata della/e Garanzia/e **Decesso, Malattia Grave** o **Invalidità Totale e Permanente da malattia**: la Durata Contrattuale deve essere compresa tra 5 (cinque) anni e 30 (trenta) anni, fermo restando i limiti di età massima a scadenza indicati al precedente Art. 2.1 Persone assicurabili e limiti i di età
- Durata della Garanzia **Non Autosufficienza**: la Durata Contrattuale è a vita intera, pertanto la durata della stessa coincide con la vita dell'Assicurato.

In ogni caso, la polizza cessa:

- in caso di indennizzo del Capitale Assicurato per la garanzia principale Decesso;
- in caso di Decesso del Contraente/Assicurato non indennizzabile a termini di Polizza;
- alla conclusione della Durata di ciascuna garanzia, nel caso in cui non sia stata acquistata la garanzia aggiuntiva Non Autosufficienza;
- in caso di esercizio del diritto di revoca della proposta o di recesso dal contratto;

- in caso di mancato pagamento del premio una volta trascorso il periodo utile per la riattivazione;
- in caso di raggiungimento dei limiti di età come riportato al precedente (§ 2.1) da parte dell'Assicurato che non abbia attivato anche la garanzia Non Autosufficienza

§ 10
Dichiarazione del Contrente/Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione o in occasione della visita medica devono essere esatte, complete e veritiere (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che l'Impresa di Assicurazione non avrebbe dato il suo consenso alla stipula del Contratto di Assicurazione, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Impresa di Assicurazione può:

a) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze con dolo o colpa grave:
   - opporre il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
   - contestare la validità del Contratto entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenze senza dolo o colpa grave:
   - ridurre, in caso di sinistro, la prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato;
   - recedere dal Contratto entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Il Contraente/Assicurato deve comunicare all'Impresa di Assicurazione la variazione della propria residenza qualora in corso di Contratto la stessa venga trasferita in uno stato non facente parte dell'Unione Europea . L'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il maggior rischio e la continuità contrattuale comunicandolo per iscritto al Contraente/Assicurato.

Il Contraente/Assicurato, ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile, deve dare comunicazione scritta all'Impresa di Assicurazione di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. In caso di aggravamento del rischio il premio potrà essere aumentato in funzione del maggior rischio. In particolare, sono considerati aggravamenti di rischio i mutamenti di professione e/o di mansioni con altre più gravose o usuranti, la pratica di sport a rischio, cambio di Stato/Nazione di residenza.

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa di Assicurazione, ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile, rinuncia alla sua facoltà di recesso ed è tenuta a ridurre il premio soltanto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione del Contraente/Assicurato.

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

§ 11
Diritto di recesso

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

(2) L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione del Contratto di Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del premio, l'impegno ad esso si intende automaticamente annullato. La volontà di recedere dal Contratto di Assicurazione deve essere comunicata per iscritto all'Impresa di Assicurazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@squarelife.eu allegando l'originale di Polizza con eventuali Appendici e ogni altro documento contrattuale (ovvero la copia digitalizzata in caso di trasmissione della comunicazione di recesso mediante posta elettronica).

(3) La notifica del recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dal giorno di ricezione della lettera raccomandata o della comunicazione di posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@squarelife.eu .

(4) Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, l'Impresa di Assicurazione provvede a rimborsare al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente versato, con diritto di trattenere:
   - le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di Assicurazione:
   - la parte di premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

§ 12
Diritto di riscatto, prestito e riduzione

L'Assicurazione non prevede forme di riscatto, prestito o riduzione delle somme assicurate.

§ 13
Beneficiario della prestazione

(1) I Beneficiari della prestazione assicurata, per la sola garanzia Decesso, saranno i soggetti designati dall'Assicurato o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato. Per le altre Garanzie, il beneficiario è l'Assicurato stesso.

(2) L'Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

(3) La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi (art. 1921 Codice Civile):
   a) dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa di Assicurazione, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
   b) da parte degli eredi dopo la morte dell'Assicurato
   c) dopo che, verificatosi l'evento che fa sorgere l'obbligo dell'Impresa di Assicurazione di eseguire la prestazione assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di volersi avvalere del beneficio.

(4) La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto all'Impresa di Assicurazione o fatte per testamento.

(5) Le somme corrisposte dall'Impresa di Assicurazione al Beneficiario godono del principio di impignorabilità e insequestrabilità.

§ 14
Cessione pegno o vincolo

Il Contraente/Assicurato può cedere ad altri il Contratto così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando l'Impresa di Assicurazione, a seguito di comunicazione scritta del Contraente/Assicurato, effettua la relativa annotazione su apposita Appendice di Polizza.
Nel caso indicato al precedente (§ 13) lettera a, le operazioni di cessione e vincolo di Polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

Trasmissibilità dell'indennizzo
Il diritto all'indennità per la garanzia Invalidità totale Permanente è di carattere personale e non è trasmissibile.
Tuttavia, se il Contraente/Assicurato decede prima che l'indennizzo sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:
• l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con il Contraente/Assicurato,
• in assenza di un'offerta dell'Impresa di Assicurazione o di un accordo con il Contraente/Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante il diritto, a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL, , cartelle cliniche inclusi i referti di accertamenti medici strumentali e di visite specialistiche.

§ 15
Obbligazioni in caso di sinistro – Pagamento della prestazione assicurata

L'Assicurato o altra persona designata o i Beneficiari designati devono dare tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione del sinistro a mezzo posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@squarelife.eu o a mezzo lettera raccomandata A/R con ricevuta di ritorno, allegando sempre il documento di riconoscimento e tessera sanitaria.
La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nei successivi punti in funzione alla garanzia acquistata per quale si deve denunciare il sinistro. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di pagamento da parte dell'Impresa di Assicurazione.
L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse servire per particolari esigenze istruttorie di singoli casi particolari e di far effettuare accertamenti per verificare le informazioni e la documentazione ricevuta.

a) Decesso
Alla denuncia del sinistro, da presentarsi secondo le modalità descritte al paragrafo precedente i Beneficiari per la garanzia "Decesso" si impegnano ad allegare i seguenti documenti in originale:

- il Certificato di morte originale in carta semplice;
- la Relazione medica sulle cause del decesso con anamnesi medica rilasciata dal medico curante che aveva in cura l'Assicurato nel periodo antecedente la data di decorrenza della copertura;
- copia conforme dell'originale della cartella clinica, in caso di ricovero ospedaliero, o verbale del 118 se intervenuto e certificato di decesso rilasciato dal medico competente;
- copia della carta di identità e codice fiscale o tessera sanitaria di ogni beneficiario.
- se il Beneficiario è genericamente identificato come "erede legittimo", copia del testamento pubblicato o l'atto sostitutivo di notorietà per la determinazione degli eredi legittimi;
- eventuale verbale di Pronto Soccorso;

- eventuale verbale delle forze dell'ordine o il Certificato della procura o altro documento rilasciato dall'Autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- eventuale referto autoptico e/o indagini tossicologiche.

In ogni caso l'Impresa di Assicurazione impegna a pagare, secondo le condizioni di Polizza, entro 30 giorni dalla presentazione dell'ultimo documento utile richiesto. Le dichiarazioni, le comunicazioni e i documenti consegnati sono validi se rilasciati direttamente all'Impresa di Assicurazione o all'intermediario che l'Impresa di Assicurazione ha autorizzato alla distribuzione della Polizza.

b) Invalidità Totale e Permanente da malattia (ITP) Alla denuncia del sinistro, da presentarsi secondo le modalità descritte al paragrafo precedente l'Assicurato o altra persona da esso designata per la garanzia "Invalidità Totale e Permanente" devono allegare i seguenti documenti in originale:

- la Relazione medica sulle cause generanti lo stato di Invalidità Totale e Permanente (ITP) con anamnesi medica rilasciata dal medico curante che aveva in cura l'Assicurato nel periodo antecedente la data di decorrenza della copertura.
- copia conforme all'originale dell'accertamento dell'Invalidità Totale e Permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico;
- copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'Assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia o dell'infortunio;
- eventuale verbale del pronto soccorso;
- eventuale verbale redatto dalle autorità intervenute;
- eventuali referti di indagini tossicologiche.

L'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato deve essere accertata da un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. Copia della dichiarazione del medico attestante l'Invalidità Totale e Permanente dovrà essere inviata, unitamente alla denuncia scritta del Sinistro, all'Assicuratore all'indirizzo di posta elettronica info@squarelife.eu o tramite raccomandata a.r. entro 10 giorni dal verificarsi del Sinistro.

L'Impresa di Assicurazioni, si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medica presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti utili a determinare l'indennizzabilità del Sinistro.

L'Assicurato, i suoi familiari e/o gli Aventi Diritto sono tenuti a redigere rapporti sul Sinistro circostanziati e conformi al vero, nonché a fornire all'Impresa di Assicurazioni tutta la documentazione utile alla definizione del Sinistro.

L'Impresa di Assicurazioni si riserva la facoltà, a proprie spese, di incaricare un proprio Medico fiduciario per la valutazione dell'Invalidità Totale e Permanente dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima costatazione dell'evento a postumi stabilizzati.

c) Non Autosufficienza
Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza
Qualora sopravvenga uno stato di Non Autosufficienza, obiettivamente accertabile ai sensi del precedente articolo 1.2 Garanzie Aggiuntive punto c delle presenti Condizioni, il Contraente, l'Assicurato o altra persona da essi designata devono farne denuncia all' Impresa di assicurazioni.

La richiesta di liquidazione può essere consegnata all'intermediario incaricato presso cui è stato stipulato il contratto o essere inviata direttamente all' Impresa di assicurazioni. La comunicazione deve essere inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica. La data di denuncia corrisponde alla data di ricevimento della suddetta raccomandata o comunicazione di posta elettronica. La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di Non Autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico – motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di Non Autosufficienza.

A fronte della denuncia, l'Impresa di assicurazioni invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Inoltre, dovranno essere fornite le cartelle cliniche complete dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

E' ritenuta non autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di cui all'(§ 1.2) punto b), l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica). E' necessario che l'Assicurato si sottoponga al test "Mini Mental State Examination", e che sia somministrato da uno psichiatra o da un neurologo. Per il riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dovrà emergere dal test un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di Non Autosufficienza sono insufficienti, l'Impresa di assicurazioni si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L' Impresa di assicurazioni entro 90 (novanta) giorni dalla data di denuncia del sinistro, completa di tutta la documentazione utile a valutare se vi sia o meno la perdita dello stato di Autosufficienza, comunicherà per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e il diritto alla prestazione.

L' Impresa di assicurazioni si impegna a erogare la rendita, entro 30 giorni dalla data della predetta comunicazione, a condizione che l'Assicurato sia in vita che dovrà essere provata con l'invio del certificato di esistenza in vita datato non oltre 30 giorni dalla data di spedizione.

Le rate saranno erogate ad ogni ricorrenza a partire dalla data di denuncia del sinistro; unitamente alla prima rata saranno corrisposte anche le rate pregresse a partire dalla data di denuncia.

In caso di decesso dell'Assicurato, la rendita mensile sarà interrotta e l'assicurazione si intenderà estinta e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di assicurazioni.

Per facilitare la trattazione della pratica e garantire un processo di liquidazione ordinato, tempestivo ed efficiente, l'Impresa di assicurazioni mette a disposizione di chi ne volesse fruire un pratico modulo di richiesta allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione e tutta la professionalità ed il supporto dell'intermediario incaricato presso cui è stato stipulato il contratto.

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Alla scadenza di ogni anno dall'inizio dell'erogazione della rendita, l'Impresa di Assicurazione si riserva a proprio totale carico la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad accertamenti o di richiedere all'Assicurato documentazione medica al fine di verificare l'effettivo permanere dello stato di Non Autosufficienza e di richiedere il certificato di esistenza in vita del Contraente/Assicurato datato non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di spedizione all'Impresa di Assicurazione.

In caso di rifiuto da parte del Contraente/Assicurato di produrre la documentazione richiesta o di sottoporsi ai controlli richiesti dal'IImpresa di Assicurazione, il pagamento della rendita mensile verrà sospeso fino all'avvenuto accertamento del permanere dello Stato di Non Autosufficienza.

L'Assicurato è tenuto a comunicare all'Impresa di Assicurazione, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata o all'indirizzo di posta elettronica all'indirizzo e-mail: info@squarelife.eu il recupero dello stato di autosufficienza.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite all'Impresa di Assicurazione.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza delle garanzie Decesso, ITP e Malattia Grave o in caso di decesso per la garanzia Non Autosufficienza, la Polizza perde la sua validità e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

§ 16
Modalità di calcolo del Capitale Assicurato Decrescente

Il capitale assicurato da corrispondere all'Assicurato o ai beneficiari al momento in cui si verifica l'evento (Morte o Invalidità Totale e Permanente) sarà calcolato dato dalla seguente formula:

$$C_k = \frac{n-k}{n} * C0$$

C k = capitale erogato alla data dell'evento
n = durata della/e garanzia/e indicata in polizza
k = numero di anni e mesi trascorsi dalla data di decorrenza della polizza alla data dell'evento
C0= capitale iniziale

Dove n è la durata della garanzia Decesso o ITP, e k è il numero di anni e mesi trascorsi dalla data di decorrenza all'evento. Ovvero il capitale assicurato decresce, ad ogni mese di polizza di importo pari al capitale assicurato iniziale riproporzionato in base alla durata residua (espressa in anni e mesi) rispetto alla durata iniziale della garanzia Decesso o ITP indicata nel Certificato di Polizza.

Se la durata della/e garanzia/e è pari a 20 anni, e l'evento (Morte o Invalidità) si verifica dopo 10 anni dalla data di decorrenza della polizza, il capitale da corrispondere è dato da:

$$C_k = \frac{20-10}{20} * 100.000 = 50.000$$

Piano di sviluppo del capitale decrescente Assicurato:

n	Età	Capitale Assicurato	n	Età	Capitale Assicurato
0	40	100.000	11	51	45.000
1	41	95.000	12	52	40.000
2	42	90.000	13	53	35.000
3	43	85.000	14	54	30.000
4	44	80.000	15	55	25.000
5	45	75.000	16	56	20.000
6	46	70.000	17	57	15.000
7	47	65.000	18	58	10.000
8	48	60.000	19	59	5.000
9	49	55.000	20	60	0
10	50	50.000			

§ 17
Il documento che calcola la corrispondenza della soluzione rispetto al fabbisogno individuato

(1) La polizza "Reddito Senza Sorprese - Blue Collar" viene proposta in modo personalizzato sul fabbisogno emerso da una raccomandazione personalizzata di partenza.
(2) La raccomandazione personalizzata viene elaborata sulle informazioni rilasciate dall'assicurato e dalla elaborazione del suo estratto conto previdenziale
(3) Nello specifico, la raccomandazione personalizzata per le somme e le rendite vitalizie da garantire, viene sviluppata tenendo in considerazione i seguenti parametri:
- Le persone superstiti da garantire;
- La media degli ultimi tre anni di redditi lordi del lavoratore;
- L'età del lavoratore;
- Le pensioni di invalidità, inabilità e superstiti maturate da estratto conto previdenziale;
- Il reddito futuro mancante;
- I debiti residui non coperti;
- Altre coperture assicurative in vigore a patto che non escludano il rischio malattia;

Esempio:

Rischi del lavoratore	Attuale fabbisogno fino a 70 anni	Soluzione di partenza	Coerenza della soluzione	Premio annuo
Premorienza	€ 817.827,00	€ 700.000	85,59%	€ 1.046,04
Invalidità totale	€ 817.827,00	€ 700.000	85,59%	€ 485,88
Non autosufficienza	€ 1.365/mese	€ 1.000	73,26%	€ 379,8

Qualora l'Assicurato sia agli inizi della carriera lavorativa, oppure in una situazione di precariato senza prestazioni contributive maturate, verranno prese come pensioni di invalidità e inabilità le prestazioni assistenziali garantite a tutti i cittadini italiani che hanno tra i 18 e i 67 anni e considerato come reddito lordo medio degli ultimi tre anni, una somma forfettaria di € 25.000.

§ 18
Prescrizione

(1) Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione **si prescrivono in 10 (dieci) anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
(2) Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni, in caso di omessa richiesta della prestazione assicurata entro il termine di prescrizione, le Imprese di Assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

§ 19
Tasse e imposte

(1) Le imposte e le tasse relative alla presente Assicurazione – se previste – sono a carico del Contraente/Assicurato, dei Beneficiari o degli Aventi Diritto.
(2) Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente/Assicurato.

§ 20
Modifiche dell'Assicurazione

(1) Salvo i casi di cui al successivo capoverso, qualsiasi modifica della presente Assicurazione deve essere approvata in forma scritta tra l'Impresa di Assicurazione ed il Contraente/Assicurato
(2) L'Impresa di Assicurazione può modificare unilateralmente la disciplina della presente Assicurazione per conformare la stessa a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS.

§ 21
Comunicazioni

(1) Tutte le comunicazioni alle alle quali il Contraente, l'Aderente, l'Assicurato o gli Aventi diritto sono sono tenuti, devono essere fatte per iscritto a mezzo posta elettronica o raccomandata in lingua italiana.
(2) Le comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione avvengono esclusivamente tramite posta elettronica.

§ 22
Giurisdizione, Procedimento di Mediazione e Foro Competente

Tutte le controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana.
In caso di controversia tra le parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni rimettendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia ed inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).
Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, il Foro Competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente/Assicurato.

§ 23
Legge applicabile al Contratto

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

§ 24
Rinvio alle norme di legge

Per quanto non qui diversamente regolato si rimanda alla normativa vigente.

Glossario

TERMINE	DEFINIZIONE	RIFERIMENTI NELLE CGA
Appendice	documento che è parte integrante del Polizza e che viene emesso unitamente, o in seguito, per modificare o integrare alcune condizioni della Polizza stessa, sempre concordate tra l'Impresa di Assicurazione e l'Assicurato.	§ 5.4§ 14
Assicurato	la persona fisica residente nella Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano, sulla cui vita o persona viene stipulata la Polizza di Assicurazione, come riportato sul Certificato di Assicurazione e che coincide, per questa Polizza, con il Contraente.	§ 1, § 10
Beneficiario	la/le persone fisiche designate in Polizza dall'Assicurato che ricevono il Capitale Assicurato al decesso dell'Assicurato, secondo le percentuali prescelte dall'Assicurato. In mancanza di designazione dei Beneficiari, il Capitale Assicurato sarà pagato agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato ciascuno in parti uguali. Per tutte le altre garanzie il beneficiario è l'Assicurato stesso.	§ 3.1, § 13
Capitale Assicurato (o Somma Assicurata)	è la somma scelta dall'Assicurato e indicata nel Certificato di Polizza che può essere costante per l'intera durata della/e garanzia/e oppure decrescere durante gli anni di durata sulla base del "Piano di Sviluppo del Capitale Decrescente Assicurato" a quote di capitale costante, allegato alla polizza, con capitale iniziale e durata pari a quelle scelte dall'Assicurato in sede di stipula.	§ 1, § 3.2, § 5, § 6, § 9.1, § 16
Carenza	periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della Garanzia, durante il quale la Garanzia non ha efficacia.	§ 1, § 3.2
Certificato di Polizza	il documento che prova l'esistenza della Polizza.	§ 1
Condizioni di assicurazione	insieme delle clausole contrattuali riportate in questo documento che disciplinano la Polizza di Assicurazione.	§ 15
Contraente	la persona fisica che, per questa Polizza, coincide con l'Assicurato, che stipula la Polizza e si impegna al versamento dei premi.	§ 1, § 10
Data di decorrenza	Indica la data a partire dalla quale entra in vigore la/e garanzia/e come indicato all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazioni.	§ 1, § 3.2, § 5.2, § 5.3 , § 9, § 11, § 15
Data di perfezionamento della Polizza (o di conclusione)	la data in cui il Contraente deve pagare il premio che può coincidere con la data di inizio della Polizza riportata nel Certificato di Polizza.	§ 8
Data di Scadenza	la data in cui cessano gli effetti della/e garanzia/a.	§ 1, § 5, § 15
Durata Contrattuale	il periodo espresso in anni che intercorre tra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza durante i quali almeno una garanzia è valida.	§ 1, § 5
Eta Assicurativa	l'età dell'Assicurato calcolata alla Data di Decorrenza della Polizza per cui le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori a 6 mesi sono considerate come anno compiuto (Es: 40 anni e 5 mesi equivalgono a 40 anni; 40 anni e 6 mesi equivalgono a 41 anni).	§ 2, § 9.1

FMA (Financial Market Authority)	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza e di controllo nei confronti delle imprese di assicurazioni operanti in Liechtenstein e al di fuori del Liechtenstein, quando le imprese di assicurazione che hanno origine in Liechtenstein operano in altri Paesi.	
Garanzia (garanzie) di Polizza	gli eventi coperti, secondo i termini di Polizza, al verificarsi dei quali l'Impresa di Assicurazione, paga quanto previsto alla data del sinistro.	
Impresa di Assicurazione	Squarelife Insurance AG (Squarelife), societa autorizzata da FMA all'esercizio dell'attivita assicurativa e sorvegliata in Italia da IVASS con la quale l'Assicurato stipula la Polizza di Assicurazione.	
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.	§ 1, § 3, § 15
Intermediario	BROKER SENZA SORPRESE SRL- Soc. Benefit, broker di assicurazioni iscritto al n. B000671254 del Registro unico degli intermediari assicurativi, anche a titolo accessorio, e riassicurativi (Art. 109 Cap), che distribuisce la Polizza, ovvero la propone, presta assistenza e consulenza e compie gli atti preparatori relativi alla conclusione della Polizza e che collabora alla gestione ed esecuzione della stessa anche in caso di sinistri.	
IVASS	l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attivita di assicurazione in Italia, anche straniere, e che, quindi, sorveglia Squarelife.	
Macchinari pesanti	macchinari/utensili pesanti quali macchinari semoventi, autoalimentati o trainati, (comprensivi di macchine agricole) destinati ad uso nell'agricoltura, nella cantieristica navale, nelle costruzioni, nell'industria, nell' industria miniera, nella selvicoltura – quali: ruspe, scavatrici, macchine movimento terra, carelli elevatori/muletti, argani, gru, trattori; ai fini della definizione si intendono macchinari pesanti anche macchine fisse (cioè non da banco) per la lavorazione del ferro/legno etc (quali seghe, presse industriali, torni etc) e utensili pesanti quali martello pneumatico, demolitori e similari.	
Malattia	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.	§ 1, § 3
Perdita di autosufficienza o Non Autosufficienza	copertura assicurativa che prevede, in caso di perdita dell'autosufficienza, la corresponsione di una rendita con decorrenza a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza e finché l'Assicurato è non autosufficiente e in vita. La perdita dell'autosufficienza viene misurata come perdita di autonomie nelle attività elementari della vita quotidiana, quali, ad esempio, lavarsi, vestirsi e spogliarsi, alimentarsi.	§ 1, § 3, § 5, § [??], § 15
Piano di sviluppo del capitale decrescente Assicurato	il documento allegato alla polizza che riassume la somma assicurata decrescente calcolata dall'Impresa di Assicurazione con quote capitale costante, durata del contratto in mesi.	§ 1, § 16
Polizza (di Assicurazione sulla vita)	il contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare il Capitale Assicurato al verificarsi degli eventi garantiti nei termini dello stesso contratto.	§ 1
Premio di Assicurazione (o Premi o rate di premio)	l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa di Assicurazione al perfezionamento della Polizza per renderla valida.	§ 1, § 5
Prescrizione	l'estinzione dei diritti dell'Assicurato e/o dei Beneficiari per mancato esercizio entro gli annistabiliti dalla legge e che per la Polizza sono 10 (dieci) anni da quando verificato il fatto su cui si fondano.	§ 1

Proposta di Assicurazione	: il documento che viene consegnato all'Assicurato in cui questi manifesta all'Impresa di Assicurazione la volonta di concludere la Polizza, in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate, quando l'Impresa di Assicurazione deve dare il suo assenso al perfezionamento della Polizza.	§ 1, § 2, § 5, § 7, § 8, § 9.1, § 10, § 11
Rendita mensile	importo che l'Assicurato sceglie tra quelli disponibili indicato nel Certificato di Polizza in caso di Non Autosufficienza.	§ 1, § 5, § 15
RVM Light	Modalità semplificata di Rapporto di Visita Medica (RVM), effettuata a distanza tramite servizi di telemedicina. Consiste nella raccolta e verifica digitale di informazioni cliniche essenziali, mediante un consulto telematico da parte di un medico, senza necessità di visita in presenza.	
Set Informativo	l'insieme della documentazione informativa, redatta secondo le disposizioni dell'IVASS, da consegnare all'Assicurato, composto da: DIP Vita; DIP Aggiuntivo Vita; Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dalla Proposta di Assicurazione e/o dal Certificato di Polizza	
Sinistro	il verificarsi dell'evento dannoso coperto dalle condizioni di Polizza e per il quale l'Impresa di Assicurazione paga il Capitale Assicurato secondo i termini della stessa Polizza ovvero della garanzia.	§ 1, § 3, § 5, § 10, § 15
Sovrappremio	maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa di Assicurazione nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).	§ 5, § 6, § 8
Validita della Polizza	il periodo compreso fra la data di inizio della Polizza o lo scadere del periodo di Carenza, laddove previsto, e la data di scadenza, durante il quale la Polizza e efficace in tutte le sue condizioni, incluse esclusioni e limitazioni.	§ 1, § 5

Squarelife Insurance AG ("Squarelife") Informativa sulla privacy

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

Titolare del trattamento

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

Registrato nel registro pubblico del Liechtenstein con il seguente numero: FL-0002.197.226-9

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

Finalità e basi giuridiche dell'elaborazione dati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati personali

Riassicuratore

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

Intermediario

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

Elaborazione dei dati all'interno del gruppo aziendale

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

Il gruppo societario è costituito dalle seguenti società:

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

Fornitori esterni di servizi

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

Destinatari supplementari

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

Durata della conservazione dei dati

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

Diritti degli interessati

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

Diritto all'opposizione

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

Diritto di presentare un reclamo

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

Scambio di dati con l'assicuratore precedente

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

Trasferimento di dati a paesi terzi

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

Decisioni automatizzate caso per caso

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

squarelife

BROKER senza sorprese

Squarelife Insurance AG
Landstrasse 33
FL-9491 Ruggell
www.squarelife.eu

La tua persona di contatto

Polizza assicurativa
□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□

07. maggio 2025

Certificato di Assicurazione Reddito Senza Sorprese

Temporanea caso morte e Garanzie aggiuntive

DATI DELL'ASSICURATO

Contraente/Assicurato	□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Tariffa	**Reddito Senza Sorprese - Blue Collar**
Garanzia Assicurata	**Decesso**
Capitale Assicurato in caso di decesso	□□□□□□□□□□
Durata della garanzia	□□
Durata del pagamento	□□
Premio annuale garanzia	□□
Garanzia Aggiuntiva	**Invalidità Totale e Permanente (ITP)**
Capitale Assicurato in caso di ITP	□□□□□□□□□□
Durata della garanzia	□□
Durata del pagamento	□□
Premio annuale garanzia	□□
Garanzia Aggiuntiva	**Non Autosufficienza**
Rendita mensile di Non Autosufficienza	□□□□□□□□□□
Durata della garanzia	□□□□
Durata del pagamento	□□□□
Premio annuale garanzia	□□
Data di inizio dalle ore 24:00	□□□□□□
Spese di gestione annuali	□□□□□□
Premio annuale incluse spese di gestione	□□□□□□
Rata di Premio incassato mensilmente	□□□□□□

Fac-simile

squarelife

BROKER senza sorprese

Frazionamento ☐☐☐☐☐

BENEFICIARI

Beneficiari ☐☐☐☐☐

ELEMENTI DEL CONTRATTO

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi degli artt. 74 e 75 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
a) il DIP,
b) il DIP aggiuntivo,
c) le Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e dell'informativa sul trattamento dei dati personali;
d) il Certificato di assicurazione

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto da ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ all'Impresa di Assicurazione tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul proprio conto corrente bancario IBAN mandato numero: .
Il Premio di 0,00 viene incassato mensilmente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) l'Assicurato, in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate, dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di Lebensversicherungs AG.. Per le ragioni esposte è consapevole che il Trattamento dei suoi dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati.

L'Assicurato ha rilasciato i suoi consensi come di seguito:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da viteSicure e Bridge	☐ Si	☐ No
Presa visione della Privacy Policy, acconsento il trattamento dei miei dati per finalità commerciali	☐ Si	☐ No

ALTRE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha rilasciato le seguenti dichiarazioni:

Confermi di essere l'intestatario del conto?	☐ Si	☐ No
Confermi di voler ricevere tutte le informazioni via email?	☐ Si	☐ No
Sei una persona politicamente esposta?	☐ Si	☐ No
Ricopri incarichi amministrativi pubblici importanti anche se non politici?	☐ Si	☐ No
Rispondendo solo alle domande sul tuo stato di salute si applica la "CARENZA", ovvero per i primi 6 mesi dalla data di inizio della polizza il capitale assicurato viene pagato solo in caso di infortuni e malattie improvvise (clicca (?) per maggiori informazioni). Vuoi eliminare la carenza e fare le visite mediche?	☐ Si	☐ No
Dichiaro di aver preso visione dell'informativa precontrattuale e contrattuale e di accettare i termini della lettera di incarico	☐ Si	☐ No
Acquistando la polizza dichiaro che tutte le informazioni inserite sono vere ed esatte e mi impegno a comunicare ogni variazione od integrazione delle stesse nel rispetto di quanto previsto dalla Legge sulle dichiarazioni rese in fase contrattuale.	☐ Si	☐ No
Confermo di voler garantire ai beneficiari il capitale assicurato in caso si verifichi la mia morte durante la durata della polizza	☐ Si	☐ No
Confermo di aver compreso che la polizza è una forma di protezione certa in caso di morte e non è una forma di risparmio che prevede il rimborso dei premi pagati nel caso in cui non si verifichi la mia morte	☐ Si	☐ No

Per le altre dichiarazioni dell'assicurato si faccia riferimento al documento di proposta.

CONTENUTO DELLA POLIZZA NON CORRETTO

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte della stessa non concordano con i relativi accordi, entro quattro settimane dalla ricezione del documento, il contraente dovrà richiedere la sua correzione; in caso contrario il contenuto della stessa vale come accordato da parte del contraente.

Ruggell, 07.05.2025

La sua Squarelife Insurance AG

Dr Elias Vicari
Chief Executive Officer

Jörg Dreisow
Chief Sales Officer

Facsimile