

Taboo



Taboo **Contratto di assicurazione sulla vita** **Temporanea per il caso di morte**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Condizioni contrattuali
- Glossario
- Modulo di Proposta

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

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

Indice

Nota informativa

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico

Condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante

Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni

Glossario

Modulo di proposta

Nota informativa

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni contrattuali prima della sottoscrizione della polizza.

A. Informazioni sulla Società di assicurazione

1. Informazioni generali

Zurich Investments Life S.p.A. - Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia e capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritta all'Albo gruppi Isvap il 28.5.08 al n. 2 con sede legale e direzione a Milano - Italia - Via Benigno Crespi, 23 - CAP 20159 - Recapito telefonico +39 025966.1 - Sito Internet: www.zurich.it - E-mail: customerlife@it.zurich.com

Zurich Investments Life S.p.A. è una società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 7.11.1953 (G.U. del 3.2.1954 n. 27), iscritta all'Albo Imprese Isvap il 3.1.08 al n. 1.00027.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 273.799.644,00 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 74.000.000,00;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 137.874.437,00.

L'indice di solvibilità 2,6, riferito alla gestione vita, rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile pari a 326,6 milioni di euro e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente pari a 123,4 milioni di euro.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio approvato.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, verificatosi nel corso della durata contrattuale, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato ai Beneficiari designati dal Contraente o agli aventi diritto.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra 18 anni e 75 anni ed alla scadenza del contratto non deve superare gli 80 anni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 1 "Prestazioni assicurate" delle Condizioni contrattuali.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa ad esclusione di particolari circostanze dettagliatamente specificate all'articolo delle Condizioni contrattuali "Esclusioni".

Qualora l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica e abbia compilato l'apposto questionario anamnestico, *l'efficacia della garanzia in caso di decesso risulterà limitata come specificato dall' art. 3 - "Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza" delle Condizioni contrattuali.*

b) Prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave dell'Assicurato

La Società si impegna a pagare all'Assicurato il capitale assicurato, qualora gli venga diagnosticata una malattia grave, tra quelle descritte dall'art. 7 delle Condizioni contrattuali "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata" ed a condizione che il decesso dell'Assicurato stesso non intervenga nei 30 giorni successivi alla data della diagnosi.

La prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave, è abbinabile alle sole tariffe che prevedono il pagamento annuo del premio, ed il capitale assicurato può essere pari a 50.000,00 euro, o 100.000,00 euro o 150.000,00 euro e comunque non può superare il doppio del capitale assicurato con la garanzia caso morte.

L'età dell'Assicurato alla stipula del contratto, deve essere compresa tra 20 e 60 anni e la durata della garanzia aggiuntiva è pari a 5 anni e può essere rinnovata con le modalità indicate all'art. 3 "Durata del contratto e rinnovo dell'Assicurazione" delle Condizioni contrattuali ai tassi in vigore all'epoca del rinnovo.

Sono escluse dall'indennizzo le malattie gravi dovute ad alcune specifiche cause, dettagliate dall'art.8 delle Condizioni contrattuali "Esclusioni".

Qualora l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica e abbia compilato l'apposto questionario anamnestico, *l'efficacia della garanzia in caso di malattia grave sarà limitata come specificato dall'art. 6 delle Condizioni contrattuali.*

c) Garanzia complementare infortuni

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, dovuto a infortunio o incidente stradale, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati dal Contraente o agli aventi diritto, **rispettivamente il capitale aggiuntivo indicato in polizza o il doppio del medesimo.**

Si raccomanda di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni relative alla compilazione del questionario anamnestico contenute nel modulo di proposta.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Società che possono anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione.

4. Premi

L'importo del premio è determinato in relazione alla durata

del contratto, all'età e al sesso dell'Assicurato, all'ammontare e alla tipologia del capitale assicurato, se costante o decrescente, al suo stato di salute, alle sue abitudini di vita e alla condizione dello stato di Non Fumatore o Fumatore dell'Assicurato. Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dal contratto, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

A seconda della tariffa prescelta il Contraente deve corrispondere un premio, che può essere:

- **annuo, di importo costante**, per tutta la durata del contratto o per la durata del pagamento premi indicata in polizza;
- **unico**, da versarsi alla conclusione del contratto;

I premi della prestazione aggiuntiva per il caso di malattia grave e della garanzia complementare infortuni sono da corrispondere unitamente e con lo stesso frazionamento del premio per la garanzia caso morte.

I premi possono essere pagati:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo, o bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario assicurativo, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta. Qualora il Contraente estingua il conto corrente presso l'Istituto Bancario dove ha sottoscritto la polizza, dovrà comunicarlo per iscritto alla Direzione della Società che provvederà a gestire il contratto direttamente.

Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito in conto corrente del Contraente (RID).

Il Contraente può versare il premio annuo anche frazionato nell'anno, i relativi costi di frazionamento sono indicati al successivo punto 6.1.1.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili

C. Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Costi di frazionamento

per tariffe a premio annuo	%
semestrale	1,50
trimestrale	2,50
mensile	3,50
- % applicate su ogni rata di premio	

Caricamenti

Caricamenti	aliquota %	importo
importo fisso		euro 40,00
in % per tariffe a premio annuo	11,00%	
in % per tariffe a premio unico	8,00%	
- % da applicare al premio (annuo o unico) dedotto l'importo fisso		

Il costo della visita medica, da effettuarsi esclusivamente presso uno dei medici fiduciari della Società, può variare da un minimo di euro 50,00 ad un massimo di euro 250,00 ed è anch'esso sostenuto totalmente dal Contraente/Assicurato.

La quota parte percepita dall'Intermediario riferita all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a circa il 53% sulla base delle rilevazioni contabili relative all'esercizio 2009.

6.1.2 Costi per riscatto

Il contratto non prevede la facoltà di riscatto.

6.1.3 Costi per l'erogazione della rendita

Il contratto non prevede erogazione di rendita.

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Il contratto non prevede alcuna partecipazioni agli utili.

7. Sconti

La Società attraverso gli Intermediari ha la facoltà di prevedere specifici sconti sul premio. Informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

8. Regime fiscale

I premi del contratto non sono soggetti ad imposte di assicurazione

In attuazione al Decreto n. 47/2000, l'importo del premio, può essere detratto dall'IRPEF nella misura fissa del 19% e per un importo massimo di 1.291,14 euro, a condizione che il premio venga detratto nell'anno per il quale si intende godere della detrazione.

Per beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, sia fiscalmente a carico di quest'ultimo

Tassazione delle prestazioni assicurate:

le somme corrisposte dalla Società in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti da imposizione fiscale.

D. Altre informazioni sul contratto

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 6 "Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione" delle Condizioni contrattuali per le modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

In caso di mancato pagamento dei premi, per le tariffe a premio annuo, entro 30 giorni dalla scadenza della rata dovuta, il contratto si risolve e i premi restano acquisiti alla Società. L'assicurazione può essere riattivata entro 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, versando gli importi arretrati aumentati degli interessi previsti dallo specifico articolo delle Condizioni contrattuali "Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto".

La Società si riserva comunque di subordinare la riattivazione alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli art. 10 e 11 del Condizioni contrattuali.

11. Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede la possibilità di esercitare il diritto di riscatto o la riduzione delle prestazioni.

12. Revoca della proposta

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life Benefits, Claims & After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta.

13. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto inviando entro 30 giorni dalla data di conclusione una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Life Operations - Ufficio Life Benefits, Claims & After Sales - Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano.

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, la Società provvederà a restituire il premio corrisposto, al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni da effettuarsi da parte della Società dovrà essere preventivamente consegnata tutta la documentazione prevista dallo specifico articolo delle Condizioni contrattuali "Pagamenti della Società".

La Società effettuerà il pagamento entro 30 giorni dalla consegna di tutta la documentazione richiesta.

Ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Le somme dovute, per prestazioni aggiuntive, a scadenza o per sinistro, devono essere tassativamente richiesti alla Società entro 2 anni rispettivamente dalla data di scadenza del contratto, dalla data di pagamento delle prestazioni aggiuntive, dalla data di richiesta di riscatto o dalla data dell'evento in caso di sinistro.

Le somme non richieste entro 2 anni non potranno più essere liquidate ai richiedenti, ma dovranno essere dalla Società, comunicati e devoluti al Fondo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 1 c. 343 Legge 23.12.2005 n. 266 e s.m.i.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

16. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Società, all'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (ISVAP) secondo le disposizioni che seguono:

- **Alla Società:** vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

Zurich Investments Life S.p.A. - Servizio Clienti "Ufficio Gestione reclami" - Via Benigno Crespi n. 23, 20159 Milano - Fax numero: 022662.2243 - E-mail: reclami@zurich.it.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'Intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Società, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro scritto entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- **All'ISVAP:** vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Società o in caso di assenza di riscontro da parte della Società nel termine di 45 giorni.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.S.V.A.P. - Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax numero: 06/42.133.745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

18. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a trasmettere al Contraente entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

Ai sensi dell'art. 1926 c.c. in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto deve essere data tempestiva comunicazione alla Società.

Nel caso in cui l'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore, inizi o ricominci a fumare anche sporadicamente, nel corso della durata contrattuale il medesimo ed il Contraente sono tenuti a darne tempestiva comunicazione alla Società .

Eventuali variazioni dell' indirizzo di residenza, intervenute in corso di contratto, devono essere comunicate tempestivamente alla Società, direttamente o per il tramite del proprio intermediario.

20. Conflitto di interessi

Non esistono situazioni di conflitto di interessi . La Società comunque vigila per assicurare la tutela dei Contraenti dall'insorgere di possibili conflitti di interesse, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione ISVAP e con le procedure interne di cui si è dotata la Società stessa.

Zurich Investments Life S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



I dati e le informazioni contenute nella presente Nota informativa sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante - tariffa 53E -

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel semplice di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuto alla conclusione del contratto.

La Società applica due differenti livelli di premio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per Assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di Non Fumatore è indicata al successivo articolo 5.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *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;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce i premi versati.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita

medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari. Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospecificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti come indicato nel documento di polizza le suddette limitazioni vengono applicate per la loro durata residua. Nel caso invece, il nuovo capitale assicurato risulti superiore al capitale della polizza sostituita i sopraindicati periodi di carenza verranno applicati al solo capitale eccedente.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del contratto, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata stabilita, ma comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

- non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)
- che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguenti definizioni, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

La Società si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce – a partire da quest'ultima data – interruzione del pagamento dei premi. A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi.

Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso, di cessione, di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*

- *il certificato di morte;*

- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente)*

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*

- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità dalle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*

- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*

- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*

- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*

- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 16

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 17

Imposte

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

Articolo 18

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico - tar. 531E

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel semplice di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che sia il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del contratto.

La Società applica due differenti livelli di premio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per Assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di Non Fumatore è indicata al successivo articolo 5.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni dalla garanzia

Rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *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;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce il premio versato.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica

ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospecificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, poliomite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti come indicato nel documento di polizza le suddette limitazioni vengono applicate per la loro durata residua. Nel caso invece, il nuovo capitale assicurato risulti superiore al capitale della polizza sostituita i sopraindicati periodi di carenza verranno applicati al solo capitale eccedente.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico indicato nella polizza.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Il pagamento del premio unico deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

- non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)
- che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore o di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle sopraindicata definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al-

le prestazioni assicurate, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del C.C.

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al consumo di tabacco

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

Articolo 9

Modifica di professione o attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

La Società si riserva di applicare quanto previsto all'art.1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 11

Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 12

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dagli eredi dopo la morte del Contraente;

- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso, di cessione, di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 13

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente)*
- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità dalle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamen-*

to, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;

- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 14

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 15

Imposte

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

Articolo 16

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

Il Rappresentante legale

Dott. Camillo Candia



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 53D

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simple di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuto alla conclusione del contratto.

La Società applica due differenti livelli di premio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per Assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di Non Fumatore è indicata al successivo articolo 5.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simple di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data di decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per la durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
 - *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
 - *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
 - *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;*
 - *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
 - *uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*
- In questi casi la Società restituisce i premi versati.*

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospicificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, poliomite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti come indicato nel documento di polizza le suddette limitazioni vengono applicate per la loro durata residua. Nel caso invece, il nuovo capitale assicurato risulti superiore al capitale della polizza sostituita i sopraindicati periodi di carenza verranno applicati al solo capitale eccedente.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del pagamento premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento dei premi, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

- non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)
- che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguenti definizioni, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della co-

municazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o di attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

La Società si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce – a partire da quest'ultima data – interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi.

Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso, di cessione, di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*

- *il certificato di morte;*

- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente);*

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*

- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità dalle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*

- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*

- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*

- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*

- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 16

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 17

Imposte

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

Articolo 18

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 53DM

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simple di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuto alla conclusione del contratto.

La Società applica due differenti livelli di premio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per Assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di Non Fumatore è indicata al successivo articolo 5.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simple di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data di decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per i mesi contenuti nella durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
 - *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
 - *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
 - *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;*
 - *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
 - *uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*
- In questi casi la Società restituisce i premi versati.*

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospecificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti come indicato nel documento di polizza le suddette limitazioni vengono applicate per la loro durata residua. Nel caso invece, il nuovo capitale assicurato risulti superiore al capitale della polizza sostituita i sopraindicati periodi di carenza verranno applicati al solo capitale eccedente.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del pagamento premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento dei premi, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

- non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro)
- che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguenti definizioni, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di

recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di attività professionale dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

La Società si riserva di applicare quanto previsto all'art. 1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce – a partire da quest'ultima data – interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 11

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi.

Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 12

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 13

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 14

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso, di cessione, di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 15

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*

- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti o morti violente);*
- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità dalle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 16

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 17

Imposte

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

Articolo 18

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico - tar. 532D

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simple di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempre che sia il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del contratto.

La Società applica due differenti livelli di premio sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in funzione al proprio consumo di tabacco, ossia per Assicurati Non Fumatori o Fumatori, la definizione di Non Fumatore è indicata al successivo articolo 5.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000,00 euro.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simple di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data di decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per la durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *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;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in*

dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.

In questi casi la Società restituisce il premio versato.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sottospicificate, purchè sopraggiunga dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*
- b) *di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti come indicato nel documento di polizza

le suddette limitazioni vengono applicate per la loro durata residua. Nel caso invece, il nuovo capitale assicurato risulti superiore al capitale della polizza sostituita i sopraindicati periodi di carenza verranno applicati al solo capitale eccedente.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico indicato nella polizza.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Il pagamento del premio unico deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, cioè per soggetti fumatori o non fumatori.

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che

- non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipaio altro)
- che abbia smesso di fumare da almeno 36 mesi.

Alla sottoscrizione della proposta, nella compilazione del questionario anamnestico, l'Assicurato deve dichiarare il proprio stato di Non Fumatore ovvero di Fumatore, ai fini della corretta applicazione della tariffa.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relativamente alle seguente definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ricalcolato in base all'età dell'Assicurato e alla durata del contratto definiti alla data di sottoscrizione dello stesso.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti

da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

La Società può agire, come previsto al precedente comma quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze riguardano il comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo.

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

Articolo 9

Modifica di professione o di attività dell'Assicurato

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare alla Società, mediante lettera raccomandata A.R., ogni cambiamento di professione o attività dell'Assicurato stesso.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni.

La Società si riserva di applicare quanto previsto all'art.1926 del C.C.

In caso di mancata comunicazione di modifica dell'attività professionale dell'Assicurato, al decesso la Società si riserva di procedere come stabilito al precedente articolo 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato".

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 10

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 11

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente art. 7 richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 12

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso, di cessione, di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 13

Pagamenti della Società

La Società esegue il pagamento a seguito del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità com-*

petenti in caso di incidenti o morti violente);

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità dalle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 14

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 15

Imposte

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

Articolo 16

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante - tar. 58E

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

Facoltà di abbinamento

Il Contraente di un'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo con periodo di pagamento premi pari almeno a 5 anni ha la facoltà di stipulare, contestualmente alla stessa, un'assicurazione aggiuntiva per il caso di malattia grave, per un capitale costante di ammontare consentito dalle norme in vigore al momento della sua stipulazione.

Articolo 2

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato, qualora venga diagnosticata ed accertata a carico dell'Assicurato, entro la durata del presente contratto, una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi dell'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata". Il diritto alla corresponsione del capitale assicurato, secondo quanto previsto all'articolo 5 matura dopo trenta giorni dalla data di insorgenza della malattia grave.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato per insorgenza di malattia grave, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato sia colpito da altra malattia grave. Il valore del capitale assicurato è indicato in polizza.

Articolo 3

Durata del contratto e rinnovo dell'Assicurazione

La durata del contratto non deve risultare superiore a cinque anni.

L'assicurazione può essere, di volta in volta, rinnovata con la stessa regola per un ulteriore periodo di durata, purchè la stessa non risulti superiore alla durata residua della temporanea in caso di morte, in tal caso il periodo coinciderà con la durata residua.

In ogni caso devono essere rispettati i limiti di età previsti dall'assicurazione. Il rinnovo dell'assicurazione non comporterà ulteriori accertamenti dello stato di salute dell'Assicurato né sarà soggetta al periodo di carenza di sei mesi stabilito all'art.6 a condizione che venga richiesto almeno sei mesi prima della scadenza dell'assicurazione in corso e per un capitale non superiore a quello da questa garantito.

Articolo 4

Data di insorgenza della malattia grave

Per data insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica a corredo della denuncia del sinistro.

Articolo 5

Periodo di qualificazione in caso di decesso successivo alla data di insorgenza della malattia grave

Qualora nei trenta giorni successivi alla data di insorgenza della malattia grave, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.

Articolo 6

Periodo di carenza in caso di assicurazione senza visita medica

Qualora l'Assicurato venga colpito da una delle malattie gravi previste all'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata", entro i sei mesi successivi alla data di conclusione del presente contratto, la Società, effettuati gli accertamenti previsti, corrisponderà in luogo del capitale assicurato in caso di malattia grave, una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente assicurazione, con annullamento della medesima.

La carenza non viene applicata qualora l'insorgenza della malattia grave sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio, avvenuto dopo la data di perfezionamento della presente assicurazione dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Resta comunque in facoltà dell'Assicurato di richiedere che gli venga accordata la copertura assicurativa alle condizioni tutte che regolano la presente assicurazione aggiuntiva e senza applicazione della presente clausola di carenza, purchè si sottoponga a visita medica accettando gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Articolo 7

Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata

A. Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale,
 - b) emorragia di vaso intracranico,
- oppure
- c) embolizzazione da fonte extracranica

B. Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

1. anamnesi di precordialgia tipica,
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche e
3. aumento degli enzimi cardiaci

C. Cancro

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 (1mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

D. Chirurgia cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. *Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.*

E. Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. *E' necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.*

F. Trapianto di organi principali

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

- uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;
- oppure
- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. *Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.*

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

G. Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. *La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.*

Articolo 8

Esclusioni

È esclusa dall'indennizzo l'insorgenza di malattia grave causata da:

- *dolo del Contraente e del Beneficiario;*

- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
 - *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
 - *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;*
 - *tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'Assicurato,*
 - *abuso di alcool, stupefacenti o farmaci;*
 - *malattia in presenza di immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV.*
- In questi casi la Società restituisce solo i premi pagati.*

Articolo 9

Data insorgenza della malattia grave

Per data insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica di corredo alla denuncia del sinistro.

Articolo 10

Periodo di carenza in caso di decesso successivo alla data di insorgenza della malattia grave

Qualora, nei trenta giorni successivi alla data di insorgenza della malattia grave, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.

Articolo 11

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 2 "Prestazioni assicurate" sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo indicato in polizza. Il premio annuo è determinato applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione iniziale o del suo eventuale rinnovo, con riferimento al sesso e all'età dell'Assicurato a tali epoche ed alla durata del contratto.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere riscosso nella rateazione indicata nella polizza e per la durata stabilita e comunque non oltre la data in cui sia diagnosticata la malattia grave dell'Assicurato.

Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 12

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve

da parte della Società, la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione dell'accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato in polizza quale data di decorrenza dell'assicurazione, se successivo.

Articolo 13

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete; dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazioni, nonché la cessazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C..

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

Articolo 14

Diritto di recesso

L'eventuale recesso dell'assicurazione per il caso di morte libera anche per la presente assicurazione entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Parte III - Regolamentazione nel corso del contratto

Articolo 15

Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Articolo 16

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art 13 "Interruzione pagamento dei premi: risoluzione del contratto" può essere riattivata contestualmente all'assicurazione per il caso di morte entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Parte IV - Pagamenti della Società

Articolo 17

Denuncia della malattia grave

Qualora all'Assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra quelle riportate all'articolo 7, il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata R.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Articolo 18

Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione aggiuntiva, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché
- a fornire ogni ulteriore documentazione necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato con medici di sua fiducia.

Articolo 19

Accertamento e liquidazione della malattia grave

La Società si impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, richiesta a norma dei precedenti articoli 15 e 16 ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento entro i successivi 30 giorni, decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Il decesso dell'Assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga, dopo il periodo di qualificazione di 30 giorni di cui al precedente articolo 5, prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell'indennizzabilità e comporta la liquidazione del capitale assicurato.

Qualora il decesso dell'Assicurato intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, nessuna somma è dovuta per la presente assicurazione.

Articolo 20

Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

In caso di accettazione dell'indennizzabilità di malattia grave deve essere consegnata la seguente documentazione:

- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *denuncia, tramite lettera raccomandata R.R. da inviare alla Direzione della Società, entro 90 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la malattia grave;*
- *relazione del medico curante e documentazione sanitaria (es. cartella clinica in caso di eventuale ricovero in struttura ospedaliera) comprovante la diagnosi.*

In caso di decesso dell'Assicurato trascorso il periodo di qualificazione di 30 giorni come indicato all'articolo 5, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *certificato di morte corredato dalla documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria ad accertare la causa del decesso e il diritto alla prestazione (es. cartella clinica di eventuali ricoveri in strutture ospedaliere e relazione del medico curante o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);*
- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia*

autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;

- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 21

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 22

Imposte

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

Articolo 23

Forum competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

Il Rappresentante legale

Dott. Camillo Candia



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni (applicabile alle sole tariffe 53E - 53D - 53DM)

Articolo 1

Prestazioni

In base alla presente garanzia, qualora la morte dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio, la Società pagherà ai Beneficiari designati nella polizza vita:

- il capitale aggiuntivo indicato dal simlo di polizza;
- il doppio del medesimo se l'infortunio sarà conseguente ad incidente della circolazione.

Il capitale assicurato ed il premio corrispondente sono indicati nel simlo di polizza, e l'importo del premio è compreso nel premio vita.

Articolo 2

Definizione di infortunio - Incidente della circolazione

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente:

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico, terrestre, marittimo o aereo.

L'assicurazione vale se la morte dell'Assicurato per infortunio si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortunio anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'articolo 3 lettera d) che segue;
- c) le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini delle presenti condizioni particolari;
- d) le lesioni (esclusi infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- e) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- f) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- g) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- h) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca

nell'esercizio:

- 1) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;
- 2) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;
- 3) di giochi ed attività sportive a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'art. 3 che segue) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, motociclistici, cicloturistici e regate veliche;
- 4) di attività sportive e relativi allenamenti, a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative Federazioni, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore.

Articolo 3

Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario, non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio;*
- b) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;*
- c) *gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, skateboard, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);*
- d) *gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o ad atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;*

- e) *gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;*
- f) *gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;*
- g) *gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;*
- h) *gli infortuni derivanti da trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).*

Articolo 4

Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si estingue e i premi restano acquisiti alla Società:

- a) *in caso di mancato pagamento, cessazione o esonero per qualsiasi causa, del pagamento dei premi dell'assicurazione vita;*
- b) *al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'assicurazione vita.*

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi a) e b) che precedono, non obbliga la Società la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando quanto previsto dall'articolo "Pagamenti

della Società", la Società pagherà il capitale della presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte è conseguente ad infortunio.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Articolo 6

Richiamo alle condizioni dell'assicurazione principale

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono - nelle misure in cui sono applicabili - le Condizioni di polizza vita e le norme di legge in materia.

Non sono applicabili per questa Assicurazione Complementare:

- le limitazioni della garanzia previste dalle Condizioni di polizza di assicurazione sulla vita;

- le modalità di rivalutazione delle prestazioni.

La Società rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

Il Rappresentante legale

Dott. Camillo Candia



I dati e le informazioni contenute nelle presenti Condizioni contrattuali sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

Glossario

Nel presente documento sono contenute e spiegate tutte le terminologie tecniche specifiche di un contratto sulla vita.

Il documento è suddiviso in cinque parti:

1. definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita
2. definizioni relative alla polizza
3. definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto
4. definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita

1. Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificare alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Cessione, pegno, vincolo

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto e su appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del contratto.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritti (o interessi) di frazionamento

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tenere conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota informativa
- Condizioni contrattuali comprensive del regolamento della gestione separata
- Glossario
- proposta

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposti ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tali attività.

ISVAP

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni ISVAP che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Opzione

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Prestito

Somma che il Contraente può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante appendice da allegare al contratto.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla propensione al rischio.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni contrattuali.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

2. Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

3. Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti

Premio periodico

Premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può variare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio rateizzato o frazionato

Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più parte da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in unica soluzione alla Società al momento della conclusione del contratto.

Sconto di premio

Operazione descritta nella Nota informativa attraverso la quale la Società riconosce al Contraente una riduzione del premio di tariffa applicato, e quindi, di fatto, una maggiorazione delle prestazioni assicurate, in dipendenza di determinate condizioni quali il pagamento di un premio eccedente una certa soglia prefissata dalla Società stessa.

Sovrappremio

Maggiorazioni di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione 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).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Prestazioni in caso di decesso

Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Rendita vitalizia immediata in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento immediato al Beneficiario di una rendita vitalizia da corrispondere finché il Beneficiario è in vita.

Altre prestazioni e garanzie

Garanzia complementare infortuni

Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Rendita vitalizia in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, pagamento di una rendita vitalizia da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità, finché l'Assicurato è in vita.

Unità di misura legali: ai sensi del Decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 29/10/2009 (in attuazione della Direttiva 2009/3/CE) l'unità di misura temporale base è il "secondo" e quelle derivate il "minuto", l'"ora" e il "giorno". Pertanto laddove siano menzionate unità di misura temporali quali l'"anno" o il "mese", il riferimento alle stesse andrà inderogabilmente inteso rispettivamente a "365 giorni" e "30 giorni".

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



I dati e le informazioni contenute nel presente Glossario sono aggiornati al 1° dicembre 2010.

**ZURICH****PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

PUNTO VENDITA		COORDINATE DI RETE		MANDATO	
CONTRAENTE - DATI ANAGRAFICI					
Cognome (o Ragione Sociale)		Nome		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F. / P. IVA		Data di nascita			
Comune di nascita		Provincia di nascita			
Codice SOTTOGRUPPO	Codice GRUPPO/RAMO	Per Persona Giuridica allegare:		VISURA CAMERALE <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>
Specificare ALTRO:					
Indirizzo di residenza /Sede: via, numero civico					
C.A.P. di residenza	Località di residenza		Provincia di residenza		
Indirizzo di corrispondenza: via, numero civico					
C.A.P. di corrispondenza	Località di corrispondenza		Provincia di corrispondenza		
LEGALE RAPPRESENTANTE - DATI ANAGRAFICI (solo per Contraente Persona Giuridica)					
Cognome		Nome		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F.		Data di nascita			
Comune di nascita		Provincia di nascita			
Indirizzo di residenza /domicilio: via, numero civico					
C.A.P.	Località di residenza /domicilio		Provincia di residenza /domicilio		
ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO					
Tipo documento: codice e descrizione		Numero documento			
Ente di rilascio		Località di rilascio			
Data di rilascio		Data di scadenza			
MODALITA' DI ACCREDITO DELLE EVENTUALI PRESTAZIONI RICORRENTI					
<input type="checkbox"/>	CON BONIFICO C/O ISTITUTO BANCARIO: AGENZIA/FILIALE:				
CODICE IBAN:					
<input type="checkbox"/>	CON BONIFICO DOMICILIATO C/O POSTE ITALIANE S.P.A.				
ASSICURATO - DATI ANAGRAFICI					
Cognome		Nome		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C.F.	Professione	Data di nascita	Età	Anni	Mesi
Comune di nascita		Provincia di nascita			
Indirizzo di residenza: via, numero civico					
C.A.P. di residenza	Località di residenza		Provincia di residenza		
GESTIONE RID (da non utilizzare per tariffe a premio unico)					
Intestatario del conto/corrente da addebitare					
Banca		Agenzia			
IBAN		Gestione RID: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

COPIA PER LA COMPAGNIA

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027 capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

www.zurich.it





PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO			
<input type="checkbox"/> Zil.invest (premio unico) Mod. 8.989 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Zil.Coupon (premio unico) Mod. 8.991 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> good job (premio unico) Mod. 8.970 Tariffa.....	
<input type="checkbox"/> TRACCIA (premio annuo) Mod. 8.953 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Zurich SOMILIA (premio ricorrente) Mod. 8.988 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Zurich Grandi Passi (premio annuo) Mod. 8.700 Tariffa.....	
<input type="checkbox"/> Taboo Mod. 8.964 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> IO PROGETTO Mod. 8.880 Tariffa.....	<input type="checkbox"/> Zurich Sempre Più Mod. 8.227 Tariffa.....	
<input type="checkbox"/> IO DECIDO (rendita.....) Mod. Tariffa.....	<input type="checkbox"/> TCM Gruppo Agenti Zurich Convenzione 0222283 Tariffa 550G	<input type="checkbox"/> Mod. Tariffa.....	
Decorrenza	Durata	Scadenza	Frazionamento
<input type="checkbox"/> Premio di ingresso (solo per PUR) Euro	<input type="checkbox"/> Premio lordo di rata Euro	<input type="checkbox"/> Premio annuo di tariffa Euro	<input type="checkbox"/> Totale premio primo anno Euro
<input type="checkbox"/> Capitale assicurato / Rendita Euro	<input type="checkbox"/> Frazionamento rendita		
<input type="checkbox"/> MALATTIA GRAVE Capitale assicurato Euro	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARE INFORTUNI Capitale assicurato Euro	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARE INVALIDITA'	
BENEFICIARI CASO VITA			
BENEFICIARI CASO MORTE			

Modalità di pagamento del premio - Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di contratto sottoscritto attraverso un Intermediario assicurativo scelto dal Contraente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno NON TRASFERIBILE intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo o bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario assicurativo, bancomat e carta di credito/debito se disponibile presso l'intermediario assicurativo. Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito diretto sul conto corrente (RID) del Contraente.
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito su proprio c/c intrattenuto con la Banca e contestuale accredito sul c/c della Società oppure, transitoriamente, su altro c/c della Banca. Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito diretto sul conto corrente (RID) del Contraente.

COPIA PER LA COMPAGNIA

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027 capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

www.zurich.it



**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Assicurando: Cognome e Nome Data di nascita

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando pratica sports? SI Se SI specificare: Quali?
 NO

Come professionista o come dilettante? _____

L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli?
(es. contatti con: materie venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI Se SI specificare: Quali?
 NO

L'Assicurando guida con continuità autocarri o autotreni?
(specificare la merce trasportata) SI
 NO

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio senza visita medica e con limitazione di garanzia

1. È mai stato ricoverato in Ospedali, Case di cura, ecc. o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (salvo per interventi di appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, chirurgia estetica, parto)? SI Se SI specificare: Per quali cause - In che anno - Per quanto tempo
 NO

2. Ha sofferto o soffre di malattie:

- dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO

IN CASO DI IPERTENSIONE DICHIARI I VALORI PRESSORI: MAX. Min.

- dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, altre malattie e disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- dell'apparato genito-urinario? (nefriti, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo o disturbi genitali) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- dell'apparato muscolo-scheletrico? (artriti, artrosi, tumori, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, depressione, schizofrenia, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- del sistema endocrino metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO
- del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, linfomi altre malattie o disturbi) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO

3. Ha mai sofferto di malattie che hanno richiesto una cura medica di oltre 14 giorni? SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Per quanto tempo - Esito
 NO

4. E' mai risultato positivo a un test o analisi speciali inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B, epatite C o HIV/AIDS? SI Se SI specificare: Quali - In che anno
 NO

5. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe), alcolici? SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Da quanto tempo - Quantità giornaliera -
 NO

6. Fuma o ha mai fumato? SI Se SI specificare: Da quanti anni - Quantità giornaliera -
 NO
 SI Da quanti anni _____

HO SMESSO

7. Dichiaro: altezza e peso attuali: cm. Kg.

Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE senza visita medica e con limitazione di garanzia

8. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, icrus, tumore, diabete, malattie renali o malattie ereditarie prima dell'età di 65 anni? SI Se SI specificare: Quali - Grado di parentela - A che età - Presenza in vita (SI/NO)
 NO

9. Ha praticato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici? (sangue, urine, radiografie, fondo oculare, elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi, TAC, risonanza magnetica o altro) SI Se SI specificare: Quali - In che anno - Motivo - Esito
 NO

10. Assume abitualmente medicinali? SI Se SI specificare: Quali - Da quanto tempo - Per quale motivo
 NO

11. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. Min.

Dichiarazioni aggiuntive per copertura INVALIDITÀ

12. Ha mai percepito, percepisce o ha fatto richiesta di pensione di invalidità? SI Se SI specificare: Quali - Grado di invalidità riconosciuta
Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO

COPIA PER LA COMPAGNIA

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027 capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2 C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

www.zurich.it





PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Il sottoscritto Assicurando:

1. **Dichiara** di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.
2. **Dichiara** che le informazioni fornite nella presente proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete e che ne assumo ogni responsabilità anche se sono state scritte da altri.
3. **Proscioglie** dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
4. Prende atto delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:
 - a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
 - b) **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
 - c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; la Società, anche tramite i propri Intermediari, darà evidenza del costo a carico dell'Assicurando prima dell'effettuazione degli accertamenti richiesti.**

.....
Luogo e data di compilazione

.....
Firma (leggibile) dell'Assicurando

Revoca della proposta

Fino al momento in cui il contratto non è concluso il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta alla Società mediante lettera Raccomandata A/P. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata a titolo della sottoscrizione della proposta.

Il sottoscritto Contraente:

1. Prende atto che il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.
L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
2. **Dichiara di aver ricevuto e preso visione del FASCICOLO INFORMATIVO** composto da:

a) Scheda sintetica	b) Nota informativa	c) Condizioni contrattuali
(quando richiesta dalla normativa in vigore)		c ₁) Regolamento della gestione separata (quando prevista)
- d) Modulo di proposta
3. **Dichiara di aver ricevuto e preso visione del progetto esemplificativo personalizzato** (quando previsto).
4. **Dichiara di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento** cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti.

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente
Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità

.....
Firma (leggibile) del Contraente

.....
Timbro e Firma (leggibile) dell'Intermediario

.....
Luogo e data di compilazione

ATTENZIONE: NON E' AMMESSO INCASSARE IL PREMIO SU PROPOSTA

COPIA PER LA COMPAGNIA

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027 capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

www.zurich.it





PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del d. lgs 196/03

Per rispettare la legge sulla "Privacy", La/Vi informiamo sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del d. lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche).

La nostra Società, per fornire i servizi da Lei/Voi richiesti ed in Suo /Vostro favore previsti, deve acquisire o già detiene dati personali che La/Vi riguardano. Le/Vi chiediamo pertanto di esprimere il consenso per i trattamenti di dati, eventualmente anche sensibili (1), strettamente necessari per i suddetti servizi.

Il consenso concerne anche l'attività eventualmente svolta da soggetti operanti in Italia ed all'estero (2) che collaborano con noi ed a cui pertanto comunichiamo dati o da soggetti a cui siamo tenuti a comunicare dati (soggetti tutti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"), sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei/Voi e la nostra Società (3).

I dati, forniti da Lei/Voi o da altri soggetti (v. nota 3), sono utilizzati dalla Società e dai soggetti di cui al capoverso precedente, ai quali li comunichiamo solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe/Vi i servizi sopra citati. Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza.

L'elenco completo dei responsabili è costantemente aggiornato e può essere conosciuto gratuitamente chiedendolo al Servizio sottoindicato.

Senza i Suoi/Vostri dati - alcuni dei quali debbono essere forniti da Lei/Voi o da terzi per obbligo di legge (4) - non potremmo fornirLe/Vi i nostri servizi, tutto od in parte.

Inoltre, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso alla Società e ad altri determinati soggetti (5) per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività (informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti) non strettamente collegate con i servizi che La/Vi riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere i nuovi servizi offerti dalla Società e dai suddetti soggetti.

Lei/Voi ha/avete il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi/Vostri dati presso di noi

e come vengono utilizzati; ha/avete inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiedere il blocco e di opporsi/Vi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la rispettiva Società intestataria del contratto.

Può/potete rivolgersi/Vi, per tutto ciò, al:
SERVIZIO CLIENTI
VIA BENIGNO CRESPI, 23
20159 MILANO
Tel. 02-5966.2510

NOTE

1) L'art. 4 del d. lgs n. 196/03 e successive modifiche considera sensibili, ad esempio, dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose.

2) Ai sensi del d. lgs n. 196/03 e successive modifiche, i dati potranno essere comunicati a soggetti con sede in Italia, in Paesi appartenenti all'Unione europea ed in Paesi terzi, a prescindere dal livello di protezione garantito da parte del Paese terzo di destinazione.

3) Secondo il particolare rapporto, i dati vengono comunicati a taluni dei seguenti soggetti: assicuratori, coassicuratori indicati nel contratto e riassicuratori, associazioni/eni/società terze con cui la Società abbia concluso convenzioni ed accordi, anche di co-marketing, per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni, intermediari assicurativi e riassicurativi, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto (contraente, assicurati, beneficiari, ecc.); società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali, nonché per finalità di reporting; legali e medici (indicati nell'invito); banche e/o Istituti di credito per il pagamento delle liquidazioni, società di servizi informatici e telematici; società di servizi telefonici ed in particolare Innovaconsulting S.r.l. (viale Monastir, 104 Cagliari) per l'attività di call-center e back office; Blue Assistance S.p.A. (con sede in C.so Svizzera, 185 - Torino) per la prenotazione presso strutture convenzionate di visite mediche ed accertamenti sanitari relativamente al business vita;

OASI Diagram (con sede in via E. Chianesi, 110/d - Roma) per l'outsourcing amministrativo dei Fondi Pensione; Integra Document Management S.r.l. (via Fratelli Ruffini, 10 - 20123 Milano) per l'archiviazione dei contratti; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; società di recupero crediti; ANIA, organismi associativi e consortili, ISVAP ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo (l'elenco completo dei suddetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa); soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria; Magistratura, Forze di polizia ed altre Autorità pubbliche.

4) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

5) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo Zurich Italia (Zurich Investment Life S.p.A. "capogruppo", Zurich Life Insurance Italia S.p.A., Zurich Life and Pensions S.p.A., Zuritel S.p.A., tutte con sede in Milano via Benigno Crespi, 23, Innovaconsulting S.r.l. con sede a Cagliari, Viale Monastir 104); Zurich Sim S.p.A., Zurich Life Assurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia, Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia, tutte con sede in Milano via Benigno Crespi, 23 e società del Gruppo Deutsche Bank; società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

6) Tali diritti sono previsti dall'art. 7 del d. lgs n. 196 del 2003. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi di materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa con la quale, per rispettare la legge sulla "Privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 d. lgs 30 giugno 2003, n. 196) Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce. Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti:

Accenso SI NO
Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

NOME E COGNOME (O DENOMINAZIONE) DEL CONTRAENTE

FIRMA (leggibile) del Contraente

Accenso SI NO
Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

NOME E COGNOME DELL'ASSICURATO (quando non sia lo stesso Contraente)

FIRMA (leggibile) dell'Assicurato (quando non sia lo stesso Contraente)

N.B. Per i figli minorenni il consenso dovrà essere reso con l'apposizione della firma da parte dell'esercente la patria potestà.

COPIA PER LA COMPAGNIA

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v. - Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027 capogruppo del Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150 - Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 al n. 27)

www.zurich.it



PAGINA NON UTILIZZABILE

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Capitale sociale € 74.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo Imprese ISVAP il 3/1/08 al n. 1.00027

capogruppo del Gruppo Zurich Italia,

iscritto all'Albo Gruppi ISVAP il 28.5.08 al n. 2

C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150

Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)

www.zurich.it



Because change happenz™