

# l'assicuratrice italiana vita

Società del Gruppo ALLIANZ S.p.A.

---

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA PER IL CASO DI MORTE

---

Fascicolo informativo

<b>Tariffe 16LV01</b>	CAPITALE COSTANTE	(a premio annuo)
<b>Tariffe 16UL</b>	CAPITALE COSTANTE	(a premio unico)
<b>Tariffe 12L</b>	CAPITALE DECRESCENTE	(a premio annuo)
<b>Tariffe 12UL</b>	CAPITALE DECRESCENTE	(a premio unico)

Mod. VL016 – Aggiornato in data 31 maggio 2011

---

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a. Nota informativa
- b. Condizioni di assicurazione
- c. Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- d. Glossario
- e. Modulo di proposta

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

# 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 di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.*

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

L'impresa di Assicurazione è:

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A., Società appartenente al Gruppo Allianz SE di Monaco di Baviera, con sede legale in Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste, Italia  
ed uffici in: Milano – 20122, Corso Italia, 23;  
recapito telefonico: 02.72161;  
sito internet: [www.lassicuratriceitalianavita.it](http://www.lassicuratriceitalianavita.it);  
indirizzo e-mail: [info@lassicuratriceitalianavita.it](mailto:info@lassicuratriceitalianavita.it).

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 23 novembre 1990 (G.U. n. 279 del 29 novembre 1990) ed iscritta all'albo delle imprese di assicurazione con il numero 1.00094.

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31.12.2010 il Patrimonio netto della Società è pari a 28 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 10,9 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 15,8 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari al 195,21% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Per questo contratto la durata può essere fissata da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative principali:

a) **PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO:** erogazione di un capitale costante o decrescente, a seconda della tariffa scelta dal Contraente.

L'assicurazione qui descritta consiste nell'impegno della Società, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale, a pagare al Beneficiario:

- in caso di tariffa a capitale costante: il capitale assicurato pattuito alla stipula del contratto;
- in caso di tariffa a capitale decrescente: il capitale assicurato decrescente in modo lineare in base alla periodicità (annua, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile) scelta dal Contraente.

**Poiché i premi servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte, nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.**

Maggiori dettagli sulla prestazione assicurativa sono riportati all'Art.1 "Prestazioni Assicurate" delle Condizioni Contrattuali.

La Società non riconosce alcuna prestazione in caso di decesso dell'Assicurato per i periodi di Carenza indicati alle Condizioni Particolari contenute nelle Condizioni di Assicurazione all'Art.15. Inoltre, la Società non riconosce la prestazione qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta di una delle cause riportate all'Art. 2 nelle Condizioni di Assicurazione.

- b) **COMPLEMENTARE E:** capitale raddoppiato in caso di decesso per infortunio o triplicato in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale:
- la complementare E consiste nell'impegno della Società, nel caso in cui il decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale, a pagare al Beneficiario un capitale raddoppiato o triplicato in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale. L'assicurazione complementare infortuni non è operante nei casi di morte verificatasi dopo 6 mesi dal giorno in cui si è verificato l'infortunio.

Poiché i premi della complementare servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte, nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.

Maggiori dettagli sulla Complementare E sono riportati dagli Artt.17-19 delle Condizioni Contrattuali.

La Società non riconosce alcuna prestazione in caso di decesso dell'Assicurato per i periodi di Carenza indicati alle Condizioni Particolari contenute nelle Condizioni di Assicurazione. Inoltre, la Società non riconosce la prestazione qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta di una delle cause riportate all'Art. 18.

\*\*\*

In ogni caso l'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. Per capitali assicurati inferiori a un limite prefissato e accettando che nei primi 6 mesi (periodo di "carenza") l'efficacia della garanzia risulti limitata, come previsto dalla specifica Condizione Particolare, il contratto potrà essere stipulato senza visita medica, mediante la compilazione di un semplice questionario sanitario.

#### 4. Premi

L'entità del premio dipende dalle garanzie previste dal contratto, nonché dalla somma assicurata; influiscono inoltre la durata dell'assicurazione, l'età computabile e il sesso dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute e le abitudini di vita (professione, sport, ecc.).

Il Contraente può scegliere se corrispondere premi annui di importo costante da versare per tutta la durata contrattuale (durata pagamento premi) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o, in alternativa, un premio unico. La scelta in ordine alle modalità di pagamento del premio implica l'applicazione di una diversa tariffa.

##### *Premi annui*

In caso di premi annui (Tariffe 16LV01 - Tariffe 12L) il Contraente deve effettuare il pagamento in via anticipata all'atto della sottoscrizione del contratto ed alle scadenze pattuite indicate in polizza.

Il pagamento dei premi annui può essere frazionato in rate mensili, bimestrali, trimestrali, quadrimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei premi dovrà essere effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale, quadrimestrale o semestrale della data di decorrenza; il relativo importo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento (interessi di frazionamento) indicate al punto 5.1.1 "COSTI GRAVANTI SUI PREMI".

##### *Premio unico*

In caso di premio unico (Tariffe 16UL - Tariffe 12UL) il Contraente deve effettuare il pagamento in via anticipata all'atto della sottoscrizione del contratto.

Premesso che in base alle normative vigenti non è ammesso l'utilizzo di contanti, l'unico mezzo di pagamento ammesso dalla Società è l'addebito tramite RID (Rimessa Interbancaria Diretta) sul conto corrente bancario intrattenuto dal Contraente con la Banca. **La Società non si assume alcuna responsabilità in caso di utilizzo di mezzi di pagamento diversi da quelli previsti.**

Il Contraente non può porre a giustificazione del mancato pagamento del premio annuo l'omesso invio da parte della Società degli avvisi di scadenza o che la stessa non abbia provveduto all'incasso del premio presso il suo domicilio.

Nel caso di interruzione dei rapporti intrattenuti dal Contraente con la Banca attraverso la quale viene effettuato il pagamento dei premi, la corresponsione degli stessi potrà continuare mediante versamento degli importi con modalità comunicate dalla Società (conto corrente postale o bancario).

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

### 5. COSTI

#### 5.1. COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

##### 5.1.1 COSTI GRAVANTI SUI PREMI

Spese d'emissione	15 euro
<b>Caricamento</b>	
Costo fisso – premio unico (Tariffe 16UL – 12 UL)	25 euro, se durata del contratto ≤ 5anni 5 euro per ogni anno di durata, se durata del contratto > 5 e ≤ 15 anni 75 euro, se durata del contratto > 15anni
Costo fisso – premio annuo (Tariffe 16LV01 – 12L)	10 euro
Costo variabile – premio unico (Tariffe 12UL)	13,05% del premio unico al netto delle spese di emissione e del costo fisso
Costo variabile – premio unico (Tariffe 16 UL)	17,25% del premio unico al netto delle spese di emissione e del costo fisso
Costo variabile – premio annuo (Tariffe 16LV01 – 12L)	18,05% del premio unico al netto delle spese di emissione e del costo fisso

### Addizionale di frazionamento

In caso di frazionamento del premio annuo le rate in cui viene suddiviso il premio sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento) secondo quanto indicato nella tabella di seguito riportata:

Frazionamento del premio	Addizionale di frazionamento
Mensile	5%
Bimestrale	3,6%
Trimestrale	3%
Quadrimestrale	2,6%
Semestrale	2%

---

## Spese per visita medica

---

I costi per eventuali accertamenti sanitari, non quantificabili a priori, non gravano sul premio e sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

### Quota parte percepita dagli intermediari

La massima quota parte percepita dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari:

Premio	Durata	Importo	Quota Parte (max)
Annuo	15 anni	€ 500,00	55,9%
Unico	15 anni	€ 5.000,00	68,2%

### 6. SCONTI

Non sono previsti sconti di premio.

### 7. REGIME FISCALE

#### IMPOSTA SUI PREMI

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

#### DETRAIBILITÀ FISCALE DEI PREMI

Sui premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, fino ad un massimo di Euro 1.291,14, viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato - se persona diversa dal Contraente - risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d'imposta), fermo restando il sopraindicato limite massimo di Euro 1.291,14.

In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo del contratto potrebbe risultare inferiore ai premi versati.

#### TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato ovvero di malattia grave sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

---

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

### 8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Si rinvia all'Art. 5 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE" delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

### 9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Solamente nel caso in cui il Contraente abbia optato per il pagamento di premi annui (Tariffe 16LV01 – 12L), egli ha facoltà di risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi. Per il pagamento delle rate di premio è prevista una tolleranza di 30 giorni in cui il rischio è coperto. Qualora la rata di premio non venga pagata entro i 30 giorni successivi a ciascuna scadenza, la garanzia assicurativa decade; **in tal caso il Contratto si estingue automaticamente ed i premi già versati restano acquisiti dalla Società**, a meno che il Contraente non decida di riattivarlo.

Si rinvia all'Art.4 "INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO PREMI - TERMINE DI TOLLERANZA – RIATTIVAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

## 10. RISCATTO, RIDUZIONE E RIATTIVAZIONE

**Il presente Contratto non riconosce un valore di riscatto e di riduzione.**

In caso di sospensione del Contratto, il Contraente ha la facoltà di riattivarlo entro sei mesi dalla scadenza di pagamento secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'Art.4 "INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO PREMI - TERMINE DI TOLLERANZA – RIATTIVAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

## 11. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la Proposta, ai sensi dell'articolo 176 del Decreto Legislativo 209/2005, fino al momento della conclusione del Contratto.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta – mediante lettera a mezzo posta, indirizzata a: L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il premio eventualmente anticipato dal Contraente alla Società, viene restituito entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca. La Società rimborserà il Contraente dell'eventuale premio versato al netto delle spese di emissione indicate al punto 5.1.1 della Nota Informativa. La revoca libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante della proposta, con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risulta dal timbro postale di invio.

## 12. DIRITTO DI RECESSO

Dopo la conclusione del Contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso, ai sensi dell'articolo 177 del Decreto Legislativo 209/2005, entro un termine di trenta giorni.

Per l'esercizio del recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta – mediante lettera a mezzo posta, indirizzata a: L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto **trattenendo la parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, nonché le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al precedente punto 5.1.1, e quantificate nel documento di polizza.**

## 13 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE

### 13.1 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per una indicazione dettagliata della documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare ai fini della liquidazione della prestazione da parte della Società, si rinvia all'Art.10 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ E PRESCRIZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

La società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, e del medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore dell'avente diritto.

### 13.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti alle prestazioni assicurative si prescrivono in due anni dalla data di esigibilità delle stesse.

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

## 14 LEGGE DA APPLICARE AL CONTRATTO

Al presente Contratto stipulato dalla Società si applica la legge italiana.

## **15 LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO**

Il presente Contratto stipulato dalla Società ed ogni altro documento ad esso collegato sono redatti in lingua italiana.

## **16 RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, devono essere inoltrati per iscritto alla Società:

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Servizio Clienti

Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)

tel. 02.72161 - fax. 02.72162735

indirizzo e.mail: [info@lassicuratriceitalianavita.it](mailto:info@lassicuratriceitalianavita.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

recapito telefonico: 06.42.133.000

Fax: 06.42.133.745 o 06.42.133.353

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

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che, in tutti casi di controversie, resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

## **17 INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO**

La Società si impegna a comunicare al Contraente/Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche per effetto di modifiche della normativa applicabile al Contratto successive alla conclusione dello stesso. In particolare, gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, saranno disponibili sul sito internet della Società all'indirizzo [www.lassicuratriceitalianavita.it](http://www.lassicuratriceitalianavita.it).

## **18 COMUNICAZIONE DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ**

Si informa che, ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile, vi è l'obbligo di comunicare alla Società i cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato che intervengono in corso di contratto.

## **19 CONFLITTO DI INTERESSI**

Nell'ambito del contratto non si rilevano situazione di conflitto d'interessi con effetti pregiudizievoli per il Contraente.

---

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

---

**Presidente**  
Raffaele Rasio



**Amministratore Delegato**  
Massimo Sturaro



Data ultimo aggiornamento: 31/05/2011



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (Tariffe 16LV01, 16UL, 12L, 12UL)

### Art 1. Prestazioni assicurate

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale assicurato:

- in caso di *capitale costante*: il capitale pattuito alla stipula del contratto;
- in caso di *capitale decrescente*: il capitale valido al momento dell'evento. Questo, stabilito alla stipula del contratto, decresce di  $1/(n \times m)$  (ove  $n$  è la durata dell'assicurazione e  $m$  la periodicità di decrescenza del capitale scelta dal Contraente, con  $m=1$  se periodicità annuale,  $m=2$  se periodicità semestrale,  $m=3$  se periodicità quadrimestrale,  $m=4$  se periodicità trimestrale ed  $m=12$  se periodicità mensile), fino ad annullarsi al termine del contratto, come evidenziato dalla seguente formula:

$$C_h = C - C \times \frac{1}{n \times m} \times (h-1)$$

ove  $C$  è il capitale stabilito alla stipula del contratto,  $C_h$  è il capitale caso morte nell' $h$ -esimo periodo di assicurazione ( $h=1,2,3,\dots, n \times m$ ).

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

### Art 2. Rischio di morte

Il rischio di morte - salvo le limitazioni previste dalla eventuale Condizione Particolare "Carenza per assicurazioni senza visita medica" - è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

E' **escluso dalla garanzia** soltanto il decesso causato da:

- a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che 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;
- d) 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;
- e) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- f) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde la riserva matematica pura calcolata al momento del decesso.

### Art 3. Premio

Il **premio unico** è pagato in via anticipata all'atto di sottoscrizione del contratto.

Il **premio annuo**, frazionabile in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali o mensili, è costante per tutta la durata contrattuale, ma non è dovuto oltre la data di decesso dell'Assicurato; oltre tale data non sono dovute neanche le eventuali rate di premio annuo ancora da corrispondere.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite.

Premesso che in base alle normative vigenti non è ammesso l'utilizzo di contanti, l'unico mezzo di pagamento ammesso dalla Società è l'addebito tramite RID (Rimessa Interbancaria Diretta) sul conto corrente bancario intrattenuto dal Contraente con la Banca.

La Società non assume alcuna responsabilità in caso di utilizzo di mezzi di pagamento diversi da quelli previsti. Nel caso di interruzione dei rapporti intrattenuti dal Contraente con la Banca attraverso la quale viene

effettuato il pagamento dei premi, la corresponsione degli stessi potrà continuare mediante versamento degli importi con modalità comunicate dalla Società (conto corrente postale o bancario).

#### **Art 4. Interruzione del pagamento premi – Termine di tolleranza - Riattivazione**

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi annui nel corso della durata del contratto, trascorsi 30 giorni di tolleranza dalla scadenza della prima rata non pagata in cui il rischio è coperto, il contratto verrà estinto, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.

Il Contraente non può opporre a giustificazione del mancato pagamento del premio, l'omesso invio da parte della Società degli avvisi di scadenza o che la stessa non abbia provveduto all'incasso del premio presso il suo domicilio.

Il Contraente ha comunque facoltà entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non versata di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto, versando gli importi arretrati aumentati degli interessi legali (riattivazione).

#### **Art 5. Conclusione del contratto - Entrata in vigore dell'assicurazione**

Il contratto si considera concluso nel momento in cui, a seguito della sottoscrizione della proposta di assicurazione, il Contraente abbia ricevuto apposita comunicazione scritta dalla Società attestante l'accettazione di quest'ultima.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 della data di decorrenza indicata nella lettera di accettazione.

#### **Art 6. Revoca della proposta**

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione. La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata indirizzata a: L'Assicuratrice Italiana Vita SpA, Corso Italia 23, 20122 Milano MI, indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso del premio (denominazione della banca, indirizzo, codice IBAN, intestatario del conto e suo indirizzo).

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, L'Assicuratrice Italiana Vita SpA rimborserà il Contraente dell'eventuale premio versato al netto dei diritti indicati al punto 4 della Nota informativa.

La revoca libera entrambe le parti da ogni obbligazione derivante dalla proposta, con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risulta dal timbro postale di invio della stessa.

#### **Art 7. Recesso dal contratto**

Il Contraente e la Società hanno diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente è informato che il contratto stesso è stato concluso.

Il recesso del Contraente deve essere esercitato mediante lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto indirizzata a: L'Assicuratrice Italiana Vita SpA, Corso Italia 23, 20122 Milano MI, indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso del premio (denominazione della banca, indirizzo, codice IBAN, intestatario del conto e suo indirizzo).

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società, dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale, rimborsa al Contraente il premio corrispostogli al netto delle eventuali imposte, dei diritti di emissione, come indicato al punto 4 della Nota informativa e della parte relativa al rischio morte durante il quale il contratto ha avuto effetto.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

#### **Art 8. Cessione**

Il Contraente non può cedere ad altri il contratto, se non previa approvazione della Società.

#### **Art 9. Beneficiari**

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

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi (art. 1921 C.C.):

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente (se persona fisica);
- dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione delle prestazioni, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso del Contraente/Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

#### **Art 10. Pagamenti della Società e prescrizione**

Per tutti i pagamenti effettuati dalla Società dovranno essere preventivamente consegnati tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La documentazione da consegnare è la seguente:

- richiesta di liquidazione firmata da ciascun Beneficiario (formulata preferibilmente sul modulo disponibile presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie) con una copia di un valido documento di identificazione di ciascuno di essi;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (il cui testo è disponibile presso la rete di vendita della Società) che indichi, nel caso in cui non siano specificate le generalità complete dei Beneficiari ma vi sia solo una designazione generica:
  - le generalità complete di tutti gli eredi (per diritto proprio o in base all'art.1412 codice civile nell'ipotesi di eredi legittimi premorti all'Assicurato), ancorché rinunciari;
  - se esistono eredi incapaci (minori, interdetti, ecc.), le generalità complete dei tutori degli stessi nominati dal Giudice Tutelare;

e che **in ogni caso** attesti:

- per le successioni testamentarie, che il testamento esibito è l'ultimo, che è ritenuto valido ed efficace e che non vi sono opposizioni;
- per le successioni legittime, la mancanza di qualsiasi disposizione testamentaria;
- copia dell'eventuale testamento valido ed efficace, cioè pubblicato ai sensi dell'art. 620 codice civile e senza opposizioni per verificare che i beneficiari della polizza vita non siano stati modificati (artt. 1920 e 1921 codice civile);
- in caso di eredi incapaci (minori, interdetti, ecc.), copia della autorizzazione all'incasso del Giudice Tutelare;
- in caso di premorienza di un Beneficiario designato, la liquidazione, in base all'art. 1412 codice civile, verrà effettuata a favore degli eredi dello stesso. In tale evenienza, dopo la segnalazione, verrà precisata l'ulteriore documentazione da produrre;
- relazione del medico curante dell'Assicurato (medico di famiglia), redatta su un apposito modulo trasmesso dalla Sede o dalla rete di vendita della Società;
- in caso di ricovero, copia di tutte le cartelle cliniche, complete di anamnesi ed autenticate dalla Direzione Sanitaria;
- in caso di morte violenta, copia degli atti legali completi (Autorità Giudiziaria / Polizia Giudiziaria) comprensivi dell'eventuale referto autoptico, richiesta di archiviazione da parte del Pubblico Ministero e provvedimento di archiviazione del Giudice per le Indagini Preliminari.

Le somme dovute dalla Società saranno liquidate mediante accredito su conto corrente bancario comunicato dall'avente diritto (nel qual caso si dovranno fornire i necessari dati bancari: denominazione della banca, indirizzo, codice IBAN, intestatario del conto e suo indirizzo). In alternativa, il pagamento potrà essere richiesto a mezzo assegno non trasferibile emesso dalla Sede a favore dell'avente diritto ed inviato presso l'indirizzo comunicato da quest'ultimo (**assegno per traenza**).

In ogni caso, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

Si ricorda che il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo viene devoluto dalla Società al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

#### **Art 11. Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art 12. Tasse e imposte**

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

#### **Art 13. Foro competente**

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario parte in causa.

#### **Art 14. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

**a) quando esiste malafede o colpa grave, ha diritto:**

- di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
- di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

**b) quando non esiste malafede o colpa grave, ha diritto:**

- di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

La Società rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede. L'inesatta indicazione dell'età e del sesso dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, delle somme dovute.

Il Contraente, inoltre, deve fornire alla Società tutti i dati necessari per ottemperare alla normativa riguardante l'identificazione della clientela.

#### **Art 15. Condizione particolare di carenza per assicurazioni senza visita medica (valida solo se espressamente richiamata in polizza)**

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto ed il pagamento dei premi sia in regola, la Società corrisponderà - in luogo della prestazione assicurata - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto dei soli diritti indicati in contratto.

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel testo della polizza - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intera prestazione assicurata, qualora il decesso sia conseguenza diretta ed esclusiva:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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 postvaccinica;

- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'art. 2 delle presenti Condizioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza diretta ed esclusiva la sua morte, purché questa, quando non sia immediata avvenga entro sei mesi dall'infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, in luogo della prestazione assicurata verrà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto dei soli diritti indicati in contratto. Anche per questa limitazione si applica quanto stabilito nel precedente secondo comma qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti.

#### **Art 16. Scadenza dell'assicurazione**

L'assicurazione scadrà e avrà termine in ogni caso alla scadenza dell'annualità di premio più vicina al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, salvo diversa indicazione scritta della Società.

---

### CONDIZIONE COMPLEMENTARE "E"

#### CAPITALE RADDOPPIATO IN CASO DI DECESSO PER INFORTUNIO O TRIPLICATO IN CASO DI DECESSO PER INFORTUNIO CONSEGUENTE AD INCIDENTE STRADALE

(Valida solo se espressamente richiamata in polizza: comprende gli artt. 17-19)

#### **Art. 17. Definizione di infortunio**

Agli effetti dell'assicurazione complementare, s'intende per

- **infortunio** un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta ed esclusiva la sua morte purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro sei mesi dall'infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale:** quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private in cui l'assicurato rimane vittima come pedone, conducente o passeggero, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro 6 mesi dall'infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente.

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

#### **Art. 18. Esclusioni e delimitazioni del rischio**

La garanzia non è operante quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza o comunque di volontaria alterazione psichica;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici;
- fatti di guerra o insurrezioni; le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se, ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. La copertura non opererà tuttavia per il rischio volo;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche e trattamenti non resi necessari da infortunio;
- imprese inusuali e temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- pratica dei seguenti sport: scalata di qualsiasi tipo dal 3° grado in poi, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- guida o uso di veicoli o natanti a motore in competizioni sportive e relative prove, salvo si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura;
- incidenti di volo, salvo i casi di viaggio come passeggero su aerei di linea.

#### **Art. 19. Denuncia dell'infortunio - obblighi relativi**

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, ora dell'evento, delle cause e delle circostanze che lo determinarono, unite alle dichiarazioni di eventuali testimoni, deve essere fatta immediatamente, al più tardi entro 8 giorni, per iscritto alla Società. Se è intervenuto un medico, un suo certificato deve essere aggiunto alla denuncia.

Gli aventi diritto devono:

- fornire la prova che la morte dell'Assicurato è sopravvenuta in seguito ad infortunio;
- autorizzare i medici intervenuti dopo l'infortunio a dare alla Società tutte le informazioni che da questa venissero loro richieste, al fine di procedere al pagamento dell'indennità.

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2011

## INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003). La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

### UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI\*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da L'ASSICURATRICE ITALIANA Vita S.p.A., da Società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,  
ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione,  
anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti, ivi inclusi i dati eventualmente necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" - sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri). Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, Banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199.

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge, lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio.

---

\* Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.

## MODALITÀ D'USO DEI DATI

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di schede e questionari. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Società, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, La Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e le informazioni relative alle operazioni poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a: L'ASSICURATRICE ITALIANA VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199 - fax 02.72162735 (il responsabile pro-tempore di Bancassurance Vita è anche responsabile del trattamento).

Data ultimo aggiornamento: 30/11/2010



## GLOSSARIO

**Appendice** – Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo ai fini dell'efficacia delle modifiche del Contratto.

**Assicurato** – Persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione.

**Beneficiario** – Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato. Per il presente Contratto, il Beneficiario della prestazione prevista dalla Garanzia Grave Malattia coincide con l'Assicurato.

**Carenza** - Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

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

**Condizioni di Assicurazione** - Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

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

**Contraente** - Il soggetto, persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al pagamento del premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto.

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

**Decorrenza** – Data in cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**Durata contrattuale** – Periodo durante il quale il Contratto è efficace e la prestazione è operante.

**Età computabile** – L'età dell'Assicurato è calcolata dalla data di sottoscrizione della proposta, non tenendo conto delle frazioni d'anno inferiori a sei mesi, ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a sei mesi.

**Fascicolo Informativo** – L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Condizioni Particolari;
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- Glossario;
- Proposta.

**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 all'avente diritto della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Malattia** - Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Nota Informativa** – Documento redatto secondo le disposizioni dell'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.

**Polizza** – Documento che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione.

**Polizza sulla vita** – Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data.

**Premio** – Importo che il Contraente si impegna a corrispondere secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.

**Prestazione** – Somma pagabile sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

**Proposta** - Documento 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 dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare il rischio che assume con il Contratto di assicurazione.

**Recesso** - Diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione e farne cessare gli effetti.

**Revoca** - Diritto del proponente di revocare la Proposta prima della conclusione del Contratto.

**Società** - Compagnia (L'Assicuratrice Italiana Vita S.p.A.) autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

Data ultimo aggiornamento: 30/11/2010

Num. Proposta:

**L'Assicuratrice Italiana Vita per BANCA DI CIVIDALE S.P.A.**  
**Assicurazione temporanea per il caso di morte a premio costante limitato a capitale periodicamente decrescente**  
**( Tariffa ..... )**

**CONTRAENTE**

nato il \_\_\_\_\_ comune o stato di nascita \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_,  
, Prov. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, documento identificativo: \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_, data del  
rilascio: \_\_\_\_\_ autorità e località del rilascio: \_\_\_\_\_, attività economica: \_\_\_\_\_

**ASSICURATO**

nato il \_\_\_\_\_ comune o stato di nascita \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_,  
, Prov. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

**BENEFICIARI:**

**PRESTAZIONI ASSICURATE:**

CAPITALE da pagare in caso di decesso € \_\_\_\_\_ inizialmente, e poi a diminuire annualmente.  
E' presente la "Condizione particolare di carenza per assicurazioni senza visita medica".

**DURATA E PREMI:**

Il contratto decorre dalla data indicata nella lettera di accettazione della Compagnia con durata di anni \_\_\_\_\_.  
Il premio viene pagato in rate annuali, ciascuna di € \_\_\_\_\_ (di cui imposte € \_\_\_\_\_, diritti € \_\_\_\_\_) per un periodo di anni \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI PAGAMENTO** (non è ammesso l'utilizzo di contanti)

Il premio va corrisposto unicamente a mezzo addebito RID (Rimessa Interbancaria Diretta) salvo buon fine a favore di L'Assicuratrice Italiana Vita SpA.

**ENTRATA IN VIGORE**

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 della data di decorrenza indicata nella lettera di accettazione.

**Il sottoscritto Contraente/Assicurato**

DICHIARA di essere responsabile della veridicità e correttezza delle informazioni presentate in questa proposta e si impegna a fornire alla Società tutte le informazioni necessarie, in particolare ai sensi della L. 107/91.

DICHIARA di essere a conoscenza che la presente proposta non dà copertura ed ha il suo diritto di revocarla e successivamente – entro 30 giorni dalla conclusione del contratto - di esercitare il diritto di recesso, mediante lettera raccomandata indirizzata a L'Assicuratrice Italiana Vita SpA, Corso Italia 23, 20122 Milano;

PROPONE alla Società di stipulare alle condizioni della tariffa prescelta la presente assicurazione, che ritiene adatta alle proprie esigenze, poiché ha persone/enti da tutelare e ritiene non lo siano sufficientemente;

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali anche sensibili per finalità assicurative effettuato dalla Società e dai soggetti della "catena assicurativa", compresi i trasferimenti e le comunicazioni;

ACCETTA che il contratto sia regolato dalle norme riportate nel presente documento e dalle condizioni di assicurazione del fascicolo informativo di cui la presente proposta costituisce parte integrante;

**PRENDE ATTO:**

- che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente abbia ricevuto apposita comunicazione scritta dalla Società attestante l'accettazione della proposta;
- che dalla data di ricevimento di essa decorre il termine per l'esercizio del diritto di recesso.

DICHIARA di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo **VL016** contenente anche l'informativa per il trattamento dei dati personali (art. 13 D.Lgs.196/03);

Firma del Contraente\* \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato\* \_\_\_\_\_  
(se diverso dal Contraente)

Si approvano specificamente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile le clausole seguenti:

\_ l'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione "Recesso dal contratto" relativamente al recesso di L'Assicuratrice Italiana Vita SpA;

\_ l'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione "Carenza per assicurazioni senza visita medica".

\_ l'art. 20 della Complementare E, "Capitale raddoppiato in caso di decesso per infortunio etc.", se richiamata, nella parte in cui disciplina le limitazioni della garanzia nonché modalità e termini di denuncia e gli obblighi conseguenti.

Luogo e data di sottoscrizione Firma del Contraente\*

Luogo e data di sottoscrizione

Firma del Contraente \*

\* In caso di minorenni o incapaci va specificato che la firma è apposta in qualità di esercente la potestà o di tutore

Firma dell'incaricato BANCA DI CIVIDALE S.P.A.

Data di emissione documento

(per autenticità delle firme e identificazione della clientela)

*Geniale Cliente,*  
 il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo esclusivo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione.  
 Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO VITA

### A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_  
 ETÀ \_\_\_\_\_

### STATO OCCUPAZIONALE

NON OCCUPATO  LAVORATORE DIPENDENTE  
 LAVORATORE AUTONOMO  ALTRO

DESCRIZIONE PROFESSIONE: \_\_\_\_\_

### B. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE

LEI HA EVENTUALI SOGGETTI DA TUTELARE?

NO  CONIUGE  FIGLI  
 CONIUGE E FIGLI  ALTRO

### C. INFORMAZIONI SULLA ESPERIENZA IN MATERIA DI INVESTIMENTI

LEI HA FAMILIARITÀ CON I SEGUENTI STRUMENTI FINANZIARI?

REDDITO FISSO  SÌ  NO  
 AZIONI  SÌ  NO  
 CON GARANZIA DI CAPITALE E/O DI RENDIMENTO  SÌ  NO

### D. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA E ASSICURATIVA

QUAL È LA SUA CAPACITÀ DI RISPARMIO ANNUO?

FINO A 5.000 EURO  
 DA 5.000 A 15.000 EURO  
 OLTRE 15.000 EURO

COPERTURE "VITA" ATTUALMENTE POSSEDUTE:

RISPARMIO/INVESTIMENTO  PENSIONE COMPLEMENTARE  CASO MORTE  
 INVALIDITÀ/MALATTIE GRAVI  LONG TERM CARE (LTC)  NESSUNA

ASPETTATIVE SULL'EVOLUZIONE FUTURA DEI SUOI REDDITI PERSONALI:

IN CRESCITA  STAZIONARIA  IN DIMINUIZIONE

FONTE PRINCIPALE DI PROVENIENZA DELL'ATTUALE INVESTIMENTO:

RISPARMIO PERSONALE  DISINVESTIMENTO  
 ALIENAZIONE DI IMMOBILE  EREDITÀ/DONAZIONE  
 INDENNIZZO A SEGUITO DI SINISTRO  VINCITA  
 ALTRO

### E. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE AL CONTRATTO

QUALI SONO GLI OBIETTIVI CHE INTENDE PERSEGUIRE CON IL CONTRATTO?

RISPARMIO/INVESTIMENTO  
 PREVIDENZA/PENSIONE COMPLEMENTARE  
 PROTEZIONE ASSICURATIVA DI RISCHIO: (MORTE, INVALIDITÀ, MALATTIE GRAVI)

QUAL È LA SUA PROPENSIONE AL RISCHIO, E CONSEGUENTEMENTE QUALI SONO LE SUE ASPETTATIVE DI RENDIMENTO DELL'INVESTIMENTO RELATIVAMENTE AL PRODOTTO PROPOSTO?

**BASSA:** non sono disposto ad accettare oscillazioni del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto rendimenti modesti, ma sicuri nel tempo  
 **MEDIA:** sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato  
 **ALTA:** sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditività e nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi.

QUAL È L'ORIZZONTE TEMPORALE CHE SI PREFIGGE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI?

BREVE (<= 5 ANNI)  
 MEDIO (6-10 ANNI)  
 LUNGO (> 10 ANNI)

Il Contraente dichiara che le informazioni sopra riportate sono veritiere e complete

Firma del Contraente/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Fatto in data \_\_\_\_\_

## **DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI OFFERTA ASSICURATIVA ADEGUATA**

**Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto sopra riportato.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Contraente \_\_\_\_\_

## **DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE OFFERTA ASSICURATIVA NON ADEGUATA**

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Contraente \_\_\_\_\_ dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative:

- Il Contraente non ha fornito le informazioni richieste ai fini della valutazione.
- L'età del cliente richiede prodotti con permanenza minima consigliata inferiore.
- Il prodotto scelto può essere non adeguato alla situazione lavorativa del cliente.
- Il prodotto scelto non può soddisfare alcuna esigenza del cliente.
- Le caratteristiche di rischiosità del prodotto possono essere non adeguate all'esperienza del cliente.
- Il prodotto non è utile ai fini che il cliente si propone di perseguire.
- Il profilo di rischio del prodotto è elevato rispetto alla propensione del cliente.
- L'orizzonte temporale che il cliente si prefigge è inferiore alla permanenza minima consigliata nel prodotto scelto.
- Il cliente è già in possesso di una copertura per il caso di morte.
- La diminuzione prevista per i redditi futuri potrebbe determinare la necessità di risoluzione/disinvestimento anticipato rispetto al periodo necessario al raggiungimento degli obiettivi.
- L'età del cliente non è congruente.
- Le limitate conoscenze dei mercati rendono non appropriato il profilo di rischio del prodotto all'esperienza del cliente.
- Le caratteristiche di rischiosità del prodotto possono essere non appropriate all'esperienza del cliente.

L'Intermediario \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Firma del Contraente/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Fatto in data \_\_\_\_\_

## **DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Contraente \_\_\_\_\_ dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

Firma del Contraente/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Fatto in data \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO ASSICURAZIONE VITA

senza visita medica, fa parte integrante della proposta

n. \_\_\_\_\_ Contraente \_\_\_\_\_

Sei residente in Italia ed hai un codice fiscale italiano?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La tua altezza (in cm):	<input type="text"/>
Il tuo peso (in kg):	<input type="text"/>
Godi di pensione di invalidità o hai fatto domanda per ottenerla? <i>Se sì perché?</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai mai avuto il diabete o la glicemia maggiore di 120 mg/dl?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Utilizzi farmaci per l'ipertensione? <i>Se sì quali?</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Quante sigarette fumi in media al giorno?	<input type="text"/>
Hai altre assicurazioni caso morte? <i>Se sì quali?</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

→→ COMPILA A TUA SCELTA UNA SOLA DELLE DUE COLONNE SEGUENTI CHE SONO IN ALTERNATIVA ←←

<p>Sei affetto da una o più malattie tra le seguenti? Se sì specificare quali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>Neoplasie maligne, lesioni precancerose; displasie; Malattie che hanno dato luogo a trapianti; Malformazioni; Malattie ereditarie; Malattie cutanee: pemfigo, pemfigoide; Tutte le malattie del sistema immunitario e del tessuto connettivo; Malattie delle ossa e delle articolazioni: artrosi deformante, morbo di Pott, morbo di Sudeck, osteomielite; Tutte le malattie endocrine e del metabolismo salvo le malattie benigne della tiroide; Tutte le malattie dell'apparato respiratorio; Tutte le malattie dell'apparato cardiovascolare; Malattie dell'apparato digerente: gastrite, malattie infiammatorie intestinali, insufficienza vascolare mesenterica, epatopatie, cirrosi, pancreatite, ittero; Tutte le malattie dell'apparato urinario salvo la litiasi urinaria già trattata; Tutte le malattie del sistema nervoso centrale e periferico, psicosi; Malattie infettive croniche; Sindrome di Down; Malattie degli organi di senso: cecità completa di uno o entrambi gli occhi, nevrite ottica retrobulbare, retinopatie, sordità; Tutte le malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici; Malattie rare.</p>	<p>Sei affetto da una o più malattie tra le seguenti? Se sì specificare quali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma, bronchite cronica o enfisema, calcoli ai reni negli ultimi 2 anni, cancro del melanoma, colite ulcerosa, depressione, epilessia, HIV, ictus, malattie dell'apparato cardiovascolare, infermità mentale, morbo di Alzheimer, nefropatia cronica, sclerosi multipla, diabete gestazionale, ipertensione, uso di droghe/alcolismo.</p> <p>Insufficienza renale, valori interi, senza decimali, di una recente analisi del sangue (non antecedente un anno dalla data odierna):</p> <p>Pressione massima (mmHg): <input type="text"/></p> <p>Trigliceridi nel sangue (mg/dl): <input type="text"/></p> <p>Livello colesterolo totale (mg/dl): <input type="text"/></p> <p>Livello colesterolo HDL totale (mg/dl): <input type="text"/></p>
---	---

Eserciti un'attività sportiva a rischio? <i>Specificare le attività sportive abitualmente praticate:</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	(immersioni subacquee non in apnea, equitazione, speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei in genere, scalate oltre il terzo grado, bungee jumping, torrentismo, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo)
Eserciti, anche in via occasionale, una professione a rischio? <i>Specificare la professione abituale:</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	(che comporti contatti con materie esplosive, velenose, chimiche o elettriche; lavori su impalcature o ponti, nel sottosuolo o in mare aperto; appartenenza a corpi di vigili del fuoco, militari o protezione civile; aviazione; attività subacquea in genere)

- So che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti in questo Questionario possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa (artt. 1892-1893 CC);
- ho verificato con scrupolo l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel presente Questionario;
- so che posso chiedere di essere sottoposto a mie spese a visita medica per certificare il mio effettivo stato di salute;
- prosciolo dal segreto professionale tutti i medici e le strutture sanitarie cui ho ricorso prima e dopo la sottoscrizione di questo Questionario;
- consento al trattamento dei miei dati personali anche sensibili e so che ho diritto di chiedere l'invio in busta chiusa di questo Questionario alla Società senza che nessun altro ne legga il contenuto.

Luogo e data sottoscrizione \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (in caso di minorenni o incapaci specificare a che titolo si firma) \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 31.05.2011

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2011  
Codice modello: VL016  
Edizione: 05/2011



**L'Assicuratrice Italiana**

**Vita S.p.A.**

Sede legale

Corso Italia, 23 - 20122 Milano

Telefono +39 02 7216.1

Fax +39 02 7216.2823

CF, P. IVA e Registro imprese  
di Milano n. 08965200150  
Capitale sociale euro 10.920.000 i.v.  
Iscritta all'Albo imprese  
di assicurazione n. 1.00094

Società con unico socio, appartenente  
al gruppo assicurativo Allianz, iscritto  
all'Albo gruppi assicurativi n. 018  
Soggetta alla direzione  
e coordinamento di Allianz S.p.A.

A company of **Allianz** 