



San Miniato Previdenza S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI
CON GARANZIE ACCESSORIE PER IL CASO DI MORTE PER INFORTUNIO

CARISMI SCELTA NATURALE

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, 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

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI
CON GARANZIE ACCESSORIE PER IL CASO DI MORTE PER INFORTUNIO

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 SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) San Miniato Previdenza S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al registro delle imprese di Pisa 91011040507;
- b) Sede Legale: Via IV Novembre, 45 – 56028 San Miniato (Pisa), Italia;
- c) Direzione Operativa: Via Pirandello, 37 – 37138 Verona, Italia;
- d) Telefono: 0458372911; sito Internet: www.sanminiatoprevidenza.it; indirizzo di posta elettronica: informazioni@sanminiatoprevidenza.it;
- e) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2234 del 16 dicembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 298 del 24 dicembre 2003;
- f) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'ISVAP n. 1.00145.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2009 ammonta a 14 milioni di euro, di cui 12 milioni di euro sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2009 risulta pari al 130%.

B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto ha una durata minima di 5 anni e massima di 20 anni.

Qualora l'età dell'Assicurato, al momento della conclusione del contratto, sia superiore ad anni 55, il contratto potrà essere concluso per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) **Prestazione in caso di decesso:** La Compagnia garantisce al Beneficiario designato la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale (garanzia di seguito definita "assicurazione principale"). Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio;
- b) **Coperture complementari:** La Compagnia inoltre garantisce, dietro pagamento di un premio aggiuntivo, la corresponsione di un ulteriore capitale qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale (garanzia di seguito definita "assicurazione complementare"). Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, un premio annuo costante determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto.

Il premio annuo è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, al sesso dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Il premio rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.

Il premio annuo relativo all'assicurazione complementare, comprensivo dell'imposta di legge, sarà corrisposto con le stesse modalità del premio relativo all'assicurazione principale.

A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali, quattro rate trimestrali o dodici rate mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, rispettivamente pari al 2,50%, al 3,50% e al 4,00%, purché la rata di premio da corrispondere non risulti inferiore a 35,00 Euro.

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo punto 5.1.1, e delle imposte di legge previste per le garanzie complementari infortuni, se sottoscritte.

Il premio annuo può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili.

Il pagamento del premio potrà essere effettuato tramite:

- addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso il soggetto che svolge anche attività di intermediazione per la prima rata di premio;
- R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) per le rate di premio successive.

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo nel caso di estinzione del conto corrente presso l'Intermediario, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio rimanenti.

Si rinvia all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo relativo alla prima annualità.

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 30,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi al primo vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella B

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 30,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella C

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo
Trimestrale	3,50% del premio annuo
Mensile	4,00% del premio annuo

5.1.2 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare

Sul premio annuo versato per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare per il caso di morte derivante da infortunio e dell'assicurazione complementare per il caso di morte derivante da infortunio conseguente ad incidente stradale non è prevista l'applicazione di costi.

* * *

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento, con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo.

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sui premi annui	Cifra fissa pari a 30,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)	58,21% del caricamento percentuale
Costi di frazionamento	2,50%	0,00%
	3,50%	0,00%
	4,00%	0,00%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

I premi relativi alla garanzia complementare infortuni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa).

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.

Avvertenza: il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione del contratto per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo il Contraente non riprende il pagamento, il contratto è risolto di diritto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Si rinvia agli Artt. 9 e 10 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

8.1 Cessazione dell'assicurazione complementare

L'assicurazione complementare si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione principale;
- quando l'Assicurato sia colpito da epilessia, apoplezia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo e/o sia dedito all'uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato.

9. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

10. Revoca della proposta

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

11. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per le garanzie complementari infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.

12. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto, il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di due anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14. Lingua

Il contratto, ogni documento al medesimo allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: San Miniato Previdenza S.p.A. - Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni – Soc. Coop. - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) - Fax 045/8372346 - E-mail reclami@sanminiato previdenza.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'ISVAP deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario 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.

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. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

16. Norme a favore del Contraente

Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere a terzi il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta da parte del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto o di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Limitazioni di azioni esecutive o cautelari

Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Diritto proprio del Beneficiario

Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

17. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

18. Conflitto di interessi

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

San Miniato Previdenza S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI CON GARANZIE ACCESSORIE PER IL CASO DI MORTE PER INFORTUNIO

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto di assicurazione garantisce la corresponsione di un capitale ai Beneficiari in caso di decesso designati, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale (garanzia di seguito definita "assicurazione principale").

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia. Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso. E' tuttavia possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario, nel qual caso sussiste una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 8.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita.

La Compagnia inoltre garantisce, dietro pagamento di un premio aggiuntivo, la corresponsione di un ulteriore capitale qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale (garanzia di seguito definita "assicurazione complementare").

Il premio annuo è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, al sesso dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 8, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto.

Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel termine di 30 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Bancassicurazione – Servizio Assistenza Vita – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona (Italia), telefono 800.013711, fax 045.9698100, e-mail informazioni@sanminiato previdenza.it.

Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso, agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 3 – Revoca della proposta.

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per le garanzie complementari infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.

Art. 5 – Il premio.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto assicurativo.

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 12, e delle imposte di legge previste per le garanzie complementari infortuni, se sottoscritte.

Il premio rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di decesso dell'Assicurato, fino al verificarsi di tale evento.

Il premio annuo relativo all'assicurazione complementare, comprensivo dell'imposta di legge, sarà corrisposto con le stesse modalità del premio relativo alla garanzia principale.

A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali, quattro rate trimestrali o dodici rate mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, rispettivamente pari al 2,50%, al 3,50% e al 5,00%, purché la rata di premio da corrispondere non risulti inferiore a 35,00 Euro.

Il pagamento del premio potrà essere effettuato dal Contraente tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto mediante:

- addebito sul conto corrente per la prima rata di premio;
- R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) per le rate di premio successive.

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo nel caso di estinzione del conto corrente presso l'Intermediario, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio rimanenti.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del contratto di assicurazione, fatto salvo sempre il caso di dolo.

L'inesatta dichiarazione della data di nascita e del sesso dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita ed al sesso effettivi, del capitale assicurato.

Art. 7 – Capitale assicurato.

1) Assicurazione principale.

In caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Tale importo, qualora il contratto sia stato stipulato senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 50, non potrà essere superiore a 250.000,00 Euro, ridotto a 150.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 50 e inferiore o uguale ad anni 65.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati.

In tutti gli altri casi il contratto potrà essere stipulato solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 25.000,00 Euro. Qualora il capitale assicurato sia un importo maggiore di 25.000,00 Euro, i relativi incrementi dovranno essere multipli di 1.000,00 Euro.

II) Assicurazione complementare.

Qualora il Contraente abbia sottoscritto la relativa assicurazione complementare, la Compagnia corrisponderà:

- 1) un capitale pari al capitale assicurato dell'assicurazione principale con il massimo di 250.000,00 Euro, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio;
- 2) un capitale pari al doppio del capitale assicurato dell'assicurazione principale con il massimo di 500.000,00 Euro, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale.

Il capitale dell'assicurazione complementare rimane costante durante gli anni di vigenza della assicurazione principale. L'assicurazione complementare decorre dal giorno in cui entra in vigore l'assicurazione principale.

Art. 8 – Rischio morte - Esclusioni e limitazioni della garanzia.

I) Assicurazione principale.

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste 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;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- abuso di alcool e droghe;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche.

Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente è escluso dalla garanzia il decesso, che derivi direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.

B) CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Qualora il contratto venga concluso senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali imposte come definito all'Art. 4.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

C) DELIMITAZIONE DEL RISCHIO PER ASSICURAZIONI CON RAPPORTO DI VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. Qualora il decesso, invece, dovesse verificarsi dopo sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato verrà interamente corrisposto.

II) Assicurazione complementare.

ESCLUSIONI.

È escluso dalla garanzia complementare il decesso causato da:

- a) inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico;
- b) fatti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale ed a cui l'Assicurato abbia preso parte;
- c) atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;
- d) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; guida e uso di veicoli o natanti a motore, nella partecipazione a corse e gare (e relative prove), salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei a meno che l'Assicurato si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da Compagnie di traffico aereo regolare;
- g) pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- h) ubriachezza o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona;
- i) malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato.

Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente è escluso dalla garanzia il decesso, che derivi direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.

Art. 9 – Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto.

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, alle condizioni previste dal successivo Art. 10, il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 10 – Ripresa del pagamento del premio annuo: riattivazione del contratto.

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.

Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:

- 1) il Contraente ne faccia espressa richiesta;
- 2) la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Art. 11 – Operatività e cessazione dell'assicurazione complementare.

11.1 Operatività dell'assicurazione complementare.

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo all'assicurazione complementare sussiste quando, essendo in vigore l'assicurazione principale e corrisposta l'annualità di premio prevista sia per l'assicurazione principale sia per le eventuali garanzie complementari, la morte dell'Assicurato sia conseguenza di un infortunio e non si verifichi dopo che sia trascorso un anno dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio.

11.2 Cessazione dell'assicurazione complementare.

La garanzia complementare si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione principale;
- quando l'Assicurato sia colpito da epilessia, apoplezia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo e/o sia dedito all'uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato.

Art. 12 – Costi.

12.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente.

12.1.1 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione principale.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo relativo alla prima annualità.

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 30,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi al primo vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella B

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 30,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella C

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo
Trimestrale	3,50% del premio annuo
Mensile	4,00% del premio annuo

12.1.2 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare.

Sul premio annuo versato per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare per il caso di morte derivante da infortunio e dell'assicurazione complementare per il caso di morte derivante da infortunio conseguente ad incidente stradale non è prevista l'applicazione di costi.

Art. 13 – Requisiti soggettivi.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Art. 14 – Durata.

Il presente contratto ha una durata minima di 5 anni e massima di 20 anni.

Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore ad anni 55, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

Art. 15 – Conflitto di interessi.

La Compagnia si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Compagnia, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

Art. 16 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di decesso:

- originale di polizza ed eventuali appendici qualora la richiesta pervenga al di fuori del canale bancario ovvero direttamente dagli aventi diritto;
- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto (tramite compilazione dell'apposito modulo);
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali (fotocopia aggiornata) del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'assicurato completo degli allegati previsti;
 - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione o per l'identificazione dei Beneficiari ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di incidente stradale, di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Denuncia d'infortunio.

Entro dieci giorni dalla data del decesso dell'Assicurato conseguente a infortunio, la denuncia dell'infortunio deve essere inviata, per iscritto dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. – Ufficio Gestione Operativa Vita – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

Nella denuncia deve essere indicato:

- giorno, ora e luogo dell'evento;
- cause e modalità dell'infortunio;
- l'eventuale indicazione dei testimoni al fatto e dell'Autorità intervenuta;
- eventuale certificato del medico che ha prestato le prime cure all'infortunato e/o chi ha compilato l'atto di morte.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori dell'infortunio, e dopo aver compiuto gli accertamenti necessari, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia, unitamente a quello dell'assicurazione principale, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. La Compagnia rinuncia al diritto di rivalersi sui responsabili dell'infortunio che hanno causato la morte dell'Assicurato.

Art. 17 – Pegno.

Il Contraente può costituire in pegno il credito derivante dal presente contratto.

Tale atto diviene efficace dal momento in cui alla Compagnia viene notificata l'avvenuta costituzione in pegno del credito derivante dal contratto.

In tale momento la Compagnia ha l'obbligo di effettuare la relativa annotazione in polizza o su appendice.

In conformità con quanto disposto dall'art. 2805 cod. civ. la Compagnia può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che le spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

Nel caso di pegno le operazioni di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore.

Art. 18 – Cessione del contratto.

In conformità con quanto disposto dall'art. 1406 cod. civ. il Contraente può sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente contratto.

Tale atto diviene efficace dal momento in cui alla Compagnia viene notificata l'avvenuta cessione corredata dalla documentazione ad essa inerente. In tale momento la Compagnia ha l'obbligo di effettuare l'annotazione relativa all'avvenuta cessione nel documento di polizza o su appendice.

La Compagnia secondo quanto disposto dall'art. 1409 cod. civ. può opporre al terzo cessionario tutte le eccezioni derivanti dal presente contratto.

Art. 19 – Beneficiari delle prestazioni.

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni della Compagnia.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.

Non può altresì essere modificata la designazione da parte degli eredi dopo la morte del Contraente.

In tali casi le operazioni di pegno sul credito richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Art. 20 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 21 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 22 – Comunicazioni del Contraente alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

Art. 23 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di due anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 24 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

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 modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia 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 assicurato.
Capitale in caso di decesso	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.
Cessione, pegno, vincolo	Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'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.
Compagnia	Vedi "Società".
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia 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 Compagnia.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Costi (o spese)	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, 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 delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o

	<p>notizie inesatte od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.</p>
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.
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.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> - Nota Informativa; - Condizioni di Assicurazione, - Glossario; - Modulo di proposta.
Garanzia complementare (o accessoria)	Garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso d'invalidità.
Garanzia Complementare Infortuni	Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.
Garanzia principale	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario; ad essa possono essere abbinata altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.
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.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Infortunio conseguente ad incidente stradale	E' considerato infortunio conseguente ad incidente stradale, quello causato dalla circolazione di veicoli con o senza guida su rotaie, su strade di uso pubblico o su aree anche private.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale 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 assicurato.

Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
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 Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. E' temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia 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.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate 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 Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.
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 due anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Principio di adeguatezza	Principio in base al quale la Compagnia 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 sua propensione al rischio.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia 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 Compagnia in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Revoca	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
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 dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
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 assicurativa, 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.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Trasformazione	Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati, in un apposito documento, gli elementi essenziali del contratto trasformato.



La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente e dall'Assicurato nella presente proposta, corrisponde le prestazioni specificate nel Fascicolo Informativo.

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n. Numero proposta
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

CONTRAENTE

Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Professione	Sottogruppo	Ramo Attività
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
Indirizzo e-mail	Numero cell.	

ASSICURATO

Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Professione	Sottogruppo	Ramo attività
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO

Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese

BENEFICIARI**IN CASO DI MORTE:****DATI TECNICI DI POLIZZA**

Data di decorrenza	Data di scadenza	Durata del contratto ____ ANNI pari a ____ giorni
Capitale assicurato		Tipo di premio
Premio annuo	(di cui imposte per la garanzia complementare infortuni)	
Rateazione	Premio di rata	

Garanzia complementare in caso di decesso per infortunio	<input type="checkbox"/> Capitale assicurato	
Garanzia complementare in caso di decesso per infortunio con raddoppio per incidente stradale	<input type="checkbox"/> Capitale assicurato	Premio annuo complementari infortuni

Costi

DATI IDENTIFICATIVI

Documento di riconoscimento	Tipo documento
Ente emittente e luogo	Data emissione
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.	

Luogo e data _____

L'Intermediario
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)



Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n. Numero proposta
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA: DELLA NOTA INFORMATIVA, DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E DEL GLOSSARIO.

Il Contraente
(firma leggibile)

Il Contraente autorizza la Compagnia ad utilizzare, per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto, modalità di comunicazione a distanza quali internet e la posta elettronica, così come previsto dalla normativa vigente.

Il Contraente
(firma leggibile)

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.9698100 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: San Miniato Previdenza S.p.A. - Ufficio Gestione Operativa Vita - Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per le garanzie complementari infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.

L'Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accettano integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconoscono la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data _____

L'Assicurato (o chi ne esercita la potestà) (se
diverso dal Contraente)

L'Intermediario
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n.
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

Numero proposta

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il sottoscritto Contraente/Correntista autorizza la Banca ad addebitare il proprio conto corrente, indicato in calce, per la prima rata di premio relativa alla polizza senza emissione della lettera contabile di addebito.

IBAN: Codice Paese: Codice di controllo: CIN: ABI: CAB:

Codice Conto corrente:

Importo della prima rata di premio **EURO**

Le rate di premio successive saranno effettuate mediante R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) – compilare e allegare

Luogo e data _____ L'Intermediario
(timbro e firma leggibili) Il Contraente/Correntista
(firma leggibile)

FAC - SIMILE

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE

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.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.

L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico di famiglia o non di famiglia, a seconda del capitale assicurato. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

QUESTIONARIO SANITARIO

Se l'Assicurato si trova nella situazione di rispondere SI ad una delle prime cinque domande sul proprio stato di salute, il rischio non potrà essere assunto, riservandosi eventualmente la Compagnia di valutare, se assumere il rischio, dopo visita medica dell'Assicurato.

Da sottoscrivere sempre, segnando con una X la risposta (altrimenti il contratto non potrà essere attivato).

1. La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 175 – 70 = 105) o superiore a 120 ?	SI	NO
2. Negli ultimi 5 anni ha sofferto o attualmente soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, mentali o nervose, malattie dell'apparato urogenitale, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, tumori, diabete o epatite ?	SI	NO
3. Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni?	SI	NO
4. Negli ultimi 5 anni ha subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura, salvo il caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, operazione di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni ?	SI	NO
5. Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, invalidità, malattie gravi) oppure una accettazione a condizioni speciali o con sovrappremio?	SI	NO
6. Fuma più di 20 sigarette al giorno?	SI	NO

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia **dichiaro**, assumendomi ogni responsabilità, **consapevole** che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il mio stato di salute. **Prosciolgo** dal segreto professionale e legale medici ed enti che mi hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato
(o chi ne esercita la potestà)
(firma leggibile)

CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Qualora il contratto venga concluso senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di imposte relative alle garanzie complementari infortuni, se sottoscritte.

La Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopra indicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptosirosi 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 la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto in merito dalle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora si tratti di assicurazione diversa da quelle temporanee in caso di morte e risulti in regola con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di imposte relative alle garanzie complementari infortuni, se sottoscritte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte.

Senza rapporto di visita medica ed alle condizioni di carenza sopra indicate, la Compagnia non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti, una somma superiore a 250.000,00 Euro se l'età dell'Assicurato non supera i 50 anni, o nel caso l'età sia superiore ai 50 anni e inferiore o uguale ai 65 anni, una somma di 150.000,00 Euro. Rimane pertanto ben inteso che alla stipulazione di ciascuno di tali contratti, il capitale complessivo assicurato non può superare i limiti sopra indicati. Comunque, la Compagnia garantisce fino alle somme sopra indicate e per l'eventuale eccedenza rimborserà la parte dei premi incassati in eccesso, senza aggiunta di interessi.

NORME SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

Età dell'Assicurato	Capitale da assicurare (Euro)	Carenza	Accertamenti Sanitari
Fino a 50 anni	Fino a 250.000,00	Si	A (Questionario Sanitario)
	Da 250.000,01 a 600.000,00	No	B
	Da 600.000,01 a 1.500.000,00		C + eventuale Documentazione Finanziaria (**)
Da 51 anni a 65 anni	Fino a 150.000,00	Si	A (Questionario Sanitario)
	Da 150.000,01 a 500.000,00 (*)	No	B
	Da 500.000,01 a 1.500.000,00 (*)		C + eventuale Documentazione Finanziaria (**)
Da 66 anni a 75 anni	Fino a 300.000,00 (*)	No	B
	Da 300.000,01 a 500.000,00 (*)	No	C

(*) Per gli Assicurati di età superiore a 50 anni per i quali, in considerazione del capitale assicurato, sono previsti gli esami della lettera B, viene richiesto anche PSA totale e PSA free.

(**) Documentazione Finanziaria:

- **Per capitali tra €1.000.000,01 e €1.500.000,00:** si richiede in ogni caso la compilazione del Questionario Fin 1 (Protezione famiglia); in aggiunta Fin 2 (in caso di polizza "Keyman") o Fin 3 (in caso di copertura mutuo/prestiti)
- **Per capitali superiori a €1.500.000,00:** si richiede quanto segue:
 - In caso di copertura Protezione famiglia: Questionario Fin 1 e le dichiarazioni dei redditi degli ultimi 3 anni
 - In caso di polizza "Keyman", oltre alla compilazione dei Questionari Fin 1 e Fin 2 anche i bilanci degli ultimi 3 anni della Società contraente
 - In caso di coperture mutui/prestiti, oltre alla compilazione del Fin 1, anche il Questionario Fin 3 compilato dalla banca erogatrice e copia del contratto

ACCERTAMENTI SANITARI

Scaglione di riferimento	Accertamenti sanitari richiesti
A	- Questionario sanitario standard - Test HIV (***) se il capitale assicurato supera i 200.000,00 Euro
B	Come la A più: - Rapporto di visita medica da parte del medico(****) (mod. 602 predisposto dalla Compagnia) - Esame delle urine effettuato in laboratorio - Colesterolemia totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Glicemia
C	Come la B più: - Elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro con valori di pressione arteriosa per ogni carico di lavoro secondo protocolli standard - Azotemia, Creatininemia, AST, ALT, Gamma G.T, Bilirubina totale e frazionata, elettroforesi proteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, VES, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, anti HCV
<p>(***) nel caso in cui l'Assicurato rifiuti di sottoporsi al test HIV, come è suo diritto, viene applicato alla polizza, solo per le patologie collegate all'AIDS, un periodo di carenza di 7 anni.</p> <p>(****) qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia.</p>	

NOTE GENERALI SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

1. Per stabilire quali sono gli accertamenti sanitari ai quali deve essere sottoposto l'Assicurato, è necessario computare anche i capitali assicurati precedentemente con altre polizze in vigore con la nostra Compagnia.
2. I rapporti di visita medica debbono essere interamente e completamente compilati dal medico esaminatore sul mod. 602.
3. Per una migliore valutazione di qualsiasi rischio la Compagnia si riserva di richiedere, per qualsiasi scaglione di capitale, gli accertamenti sanitari che riterrà necessari.