

BERICAVITA BERICAVITA BERICAVITA BERICAVITA BERICAVITA BERICAVITA BERICAVITA

BERICA VITA

BERICASA

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte e di invalidità totale e permanente a capitale decrescente ed a premio annuo costante riservato ai correntisti degli Istituti di credito del Gruppo Banca Popolare di Vicenza

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Tutela dei dati personali: Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003 n.196
- Nota Informativa
- Condizioni di Polizza
- Glossario
- Modulo di proposta (fac-simile)

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



BERICA VITA
Gruppo Banca Popolare di Vicenza

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

TUTELA DEI DATI PERSONALI: INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196

Ai sensi dell'articolo 13 del D.L.vo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", (nel testo, per brevità: Codice), Berica Vita S.p.A. (per brevità anche "Società") fornisce le seguenti informazioni.

1) Fonte dei dati personali

Per fornire i prodotti assicurativi richiesti, la Società deve disporre dei dati personali che riguardano la clientela, raccolti direttamente presso la clientela stessa o tramite la rete di vendita in occasione dell'instaurazione del rapporto contrattuale. Tali dati vengono trattati, nel rispetto del Codice, secondo canoni di riservatezza connaturati allo svolgimento dell'attività assicurativa.

2) Finalità del trattamento dei dati

I dati personali e sensibili conferiti dal Cliente sono trattati nell'ambito dello svolgimento dell'ordinaria attività della Società, con le seguenti finalità:

- a) finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Berica Vita S.p.A. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) finalità derivanti da obblighi previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge (es.: antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, anagrafe tributaria, ecc.);
- c) finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Berica Vita s.p.a. e delle Società del Gruppo, nonché per il compimento di ricerche di mercato.

3) Dati sensibili

Con riferimento a specifiche operazioni e prodotti assicurativi, può rendersi necessario il trattamento di dati che la legge definisce "sensibili" in quanto idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, politiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Per il trattamento dei dati sensibili il Codice richiede, oltre ad apposita autorizzazione da parte del Garante, una specifica manifestazione di consenso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento posto in essere da Berica Vita S.p.A. viene realizzato tramite l'ausilio di strumenti elettronici e supporti cartacei.

5) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

Fatta salva la totale autonomia dell'interessato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 del D.L.vo 196/2003 il consenso dell'interessato non è necessario quando il trattamento dei dati:

1. è effettuato per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
2. è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche richieste dell'interessato;
3. riguarda dati provenienti da pubblici registri, elenchi, atti o documenti conoscibili da chiunque, fermi restando i limiti e le modalità che le leggi, i regolamenti o la normativa comunitaria, stabiliscono per la conoscibilità e pubblicità dei dati;
4. riguarda dati relativi allo svolgimento di attività economiche, trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di segreto aziendale e industriale.

Per quanto riguarda i punti 1 e 2, qualora l'interessato si rifiuti di conferire i propri dati, non sarà

possibile concludere il contratto. Il consenso è facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione o di promozione commerciale di prodotti nei confronti dell'interessato stesso e per il compimento di ricerche di mercato. Pertanto, qualora l'interessato non acconsenta al conferimento degli stessi, ciò non potrà avere effetti ai fini della conclusione del contratto.

6) Soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono venire comunicati

I dati personali possono essere comunicati:

- a) per le finalità di cui al punto 2 lett. a) e b), ad assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti e subagenti, produttori, brokers ed altri canali di distribuzione quali le banche, Società di Gestione del Risparmio e SIM; consulenti medici legali, società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; banche dati esterne, ISVAP e Ministero dell'Industria, del commercio, dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni); ad altre Società del Gruppo (Società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); a soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo della Società; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione ed il trattamento di dati provenienti da documenti o da supporti forniti ed originati dagli stessi clienti ed aventi ad oggetto lavorazioni massive relative a pagamenti effetti, assegni ed altri titoli; soggetti che svolgono attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela; soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (es. call center, help-desk); studi e società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza; soggetti che svolgono adempimenti di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società anche nell'interesse della clientela; società di informazione commerciale per rischi finanziari nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione.
- b) per le finalità di cui al punto 2 lett. c) a società terze, che hanno stipulato accordi commerciali con Berica Vita s.p.a., specializzate nell'informazione e promozione commerciale, nel marketing, nelle ricerche di mercato, nelle offerte dirette di prodotti e servizi.

In particolare, per le finalità di cui al comma precedente, i dati personali ed eventualmente sensibili, quando necessario, sono necessariamente e sistematicamente comunicati ai seguenti soggetti: Banca Popolare di Vicenza scpa (società controllante di Berica Vita), Universo Servizi s.p.a. di Milano, SEC Servizi – Società Consortile per azioni - di Padova. I dati personali comuni e sensibili possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea solo se necessario per finalità di conclusione e gestione contratti, ma non sono soggetti a diffusione. I dati conferiti non saranno oggetto di comunicazione se non nei limiti e secondo le modalità indicate nella presente informativa.

7) Diritti dell'interessato

L'interessato, ai sensi dell'articolo 7 del Codice, ha diritto di essere messo a conoscenza dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazio-

ne di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Per esercitare i suddetti diritti o per avere ulteriori informazioni, l'interessato può rivolgersi direttamente al Servizio Clienti di Berica Vita, al numero verde 800-21-91-91.

Titolare del Trattamento è Berica Vita s.p.a. -Esercizio attività assicurativa- Sede legale: Via Btg. Framarin, 18 – 36100 Vicenza.

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

NOTA INFORMATIVA

ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE A CAPITALE DECRESCENTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE

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

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Berica Vita S.p.A. è una Compagnia di assicurazione sulla vita, appartenente al Gruppo Banca Popolare di Vicenza.

Sede legale e Direzione Generale a Vicenza - Italia - Via Btg. Framarin, 18 – Cap. 36100 –

Recapito telefonico: + 39 0444.906811 – fax +39 0444.329363

Sito internet: www.bericavita.it

Indirizzo e-mail: bericavita@bericavita.it

Berica Vita S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP n. 2265 del 02.04.2004, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 84 del 09.04.2004.

La Società di revisione della Compagnia è KPMG S.p.A. - sede legale e amministrativa in Via Vittor Pisani, 25 20124 Milano, Iscritta al n. 13 Albo Consob, Recapito Telefonico 02/6736.1.

Berica Vita. è sottoposta ad attività di direzione e coordinamento della Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a..

2. Conflitto di interessi

In relazione all'offerta ed all'esecuzione del contratto di assicurazione "BeriCasa" la Compagnia non ravvisa l'esistenza di alcun conflitto di interesse. In ogni caso Berica Vita S.p.A., pur in presenza di un eventuale conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Limiti di età dell'Assicurato, durata contrattuale e prestazioni assicurate

L'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza delle coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 anni e comunque non superiore a 60 anni; l'età alla data di scadenza del contratto non può comunque essere superiore a 70 anni.

La durata contrattuale coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento del mutuo concesso all'Assicurato. La durata minima è pari a 5 anni; la durata massima è pari a 30 anni. In relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento, pertanto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del mutuo flessibile, nulla è dovuto da parte della Compagnia.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da più persone, è possibile assicurare sia uno solo dei cointestatari per l'intero importo del mutuo, sia ciascuna delle persone fisiche inte-

statarie del contratto di mutuo, sempre che per ognuna siano rispettati i limiti di età alla data di decorrenza ed a scadenza sopra riportati; in tal caso ciascuna persona è assicurata per la sua quota.

Il presente contratto assicurativo intende garantire ai titolari di un mutuo il pagamento del loro debito residuo nei confronti della banca che ha erogato il mutuo in caso di morte o di sopravvenuta invalidità totale e permanente.

Il premio versato dal Contraente, al netto del caricamento, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e rischio di invalidità totale e permanente).

Le prestazioni assicurate sono quelle di seguito illustrate:

- **prestazione in caso di premorienza:** è dovuta qualora l'Assicurato deceda prima della scadenza contrattuale, sempre che non sia anteriormente intervenuta la cessazione dell'assicurazione. Tale prestazione consiste nel pagamento in unica soluzione del capitale assicurato.
- **prestazione in caso di invalidità totale e permanente:** è dovuta qualora per l'Assicurato sopraggiunga lo stato di invalidità totale e permanente prima della scadenza contrattuale, sempre che non sia anteriormente intervenuta la cessazione dell'assicurazione. Si definisce colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a seguito di malattia od infortunio, indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e sopravvenuti anteriormente alla scadenza del contratto, abbia perso in modo totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e sempre che il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%. Tale prestazione consiste nel pagamento in unica soluzione del capitale assicurato. Una volta pagato il capitale assicurato per invalidità totale e permanente, nulla è più dovuto in caso di decesso.

Il capitale assicurato, sia in caso di morte che in caso di invalidità totale e permanente, si determina nei vari anni moltiplicando il capitale assicurato iniziale per il coefficiente della tabella A (vedi allegato 1 delle Condizioni di Polizza) individuato in funzione della durata contrattuale e del numero di annualità trascorse, compresa quella in corso, alla data di decesso o di invalidità totale e permanente.

Il capitale assicurato iniziale deve essere compreso fra 25.000 euro e 200.000,00 euro.

In mancanza di sinistri fino alla scadenza contrattuale, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

Le prestazioni della Compagnia sono garantite a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi pattuiti, che costituiscono il corrispettivo della garanzia assicurativa.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo, la polizza si estingue e la Compagnia corrisponde agli Aventi diritto, purché siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, l'importo corrispondente all'80% della riserva matematica fino a quel momento accantonata.

In caso di anticipata estinzione parziale del mutuo, il contratto rimane in pieno vigore, ed al verificarsi del decesso o all'insorgere dell'invalidità totale permanente dell'Assicurato, la Compagnia liquiderà alla Banca una somma pari al debito residuo e agli Aventi diritto l'eventuale eccedenza.

In caso di cessione del mutuo il contratto rimane in vigore alle condizioni già in essere, solo gli Aventi diritto potranno essere cambiati.

Le garanzie non sussistono nei casi dettagliatamente descritti agli art. 4 e art. 5 delle Condizioni di Polizza.

3.2 Dichiarazioni dell'Assicurato

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia viene effettuata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato e riportate nel Questionario Sanitario, costituente parte integrante della polizza stessa.

Dal momento che le informazioni fornite con tali dichiarazioni sono il presupposto per la corretta assunzione del rischio, risulta di fondamentale importanza che le stesse siano complete e veritiere.

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

In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave e di rifiutare in caso di sinistro qualsiasi pagamento;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

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

Il Contraente dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

3.3 Carenza

A partire dalla decorrenza del contratto viene applicato un periodo di carenza di sei mesi durante il quale la Compagnia non garantisce la prestazione assicurata ma si limita - in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato - a restituire i premi versati.

La Compagnia entro i primi sei mesi dalla data di conclusione del contratto non applicherà la limitazione sopraindicata e, pertanto, la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in polizza nei casi in cui il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvenga per conseguenza diretta da infortunio o malattie infettive acute espressamente indicate nelle Condizioni di Polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato si sottoponga a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia, l'efficacia della copertura assicurativa è immediata.

Il periodo di carenza viene esteso per i casi di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) oppure ad altra patologia ad essa collegata:

- se il contratto è assunto senza visita medica, la carenza per AIDS è di cinque anni;
- nel caso in cui la Compagnia avesse esplicitamente richiesto il test HIV e l'Assicurato/Sottoscrittore non avesse aderito a tale richiesta, la carenza per AIDS è di sette anni.

3.4 Esclusioni

Il rischio di morte e di invalidità totale e permanente è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali.

In ogni caso la Compagnia esclude il pagamento della prestazione assicurata qualora il decesso o l'invalidità totale permanente dell'Assicurato siano dovuti a:

- dolo dell'Assicurato o dei Beneficiari designati;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di mem-

bro dell'equipaggio;

- suicidio, se avvenuto nei primi 2 anni dalla decorrenza del contratto o, trascorso detto periodo, nei primi 12 mesi dalla sua eventuale riattivazione.

Oltre alle esclusioni suddette, la garanzia assicurativa non sussiste quando l'invalidità totale permanente sia causata da:

- atto intenzionale dell'Assicurato e in particolare, da conseguenze di un tentativo di suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza del contratto o, trascorso detto periodo, nei primi 12 mesi dalla sua eventuale riattivazione;
- atti compiuti dall'Assicurato quando si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- malattie o incidenti precedenti la data di effetto delle garanzie per ogni Assicurato;
- malattie e lesioni fisiche dell'Assicurato sopravvenute come conseguenza di patologie già in essere prima della data di effetto delle garanzie;
- stato di invalidità preesistente alla data di effetto delle garanzie;
- alcoolismo o dipendenza da droghe, a meno che le droghe consumate siano state prescritte da un medico abilitato alla professione;
- negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), atti di nemici stranieri, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- problemi mentali o del sistema nervoso, non riconducibili ad una causa organica, per esempio schizofrenia o depressione.

In tali casi la Compagnia corrisponde ai Beneficiari il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso o dell'insorgere dell'invalidità totale e permanente.

3.5 Modalità assuntive del contratto.

La conclusione del contratto di assicurazione è subordinata all'accettazione, da parte della Compagnia, della proposta di assicurazione. Le informazioni necessarie alla Compagnia per una corretta valutazione del rischio sono riportate nella proposta e nel Questionario Sanitario.

Nel caso in cui dalla compilazione della proposta si rilevino professioni od attività sportive praticate particolarmente rischiose oppure dal Questionario Sanitario e dagli accertamenti richiesti emergano patologie di rilievo, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio, ovvero;
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di rischi specifici.

In tali casi, entro 15 giorni a partire dalla data in cui la Compagnia abbia accettato il rischio, con l'eventuale applicazione di sovrappremi, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere la proposta di assicurazione e quindi dare avvio al rapporto contrattuale, sempre che all'epoca della sottoscrizione non sia cambiata l'età assicurativa, in tal caso dovrà essere sottoscritta una nuova proposta di assicurazione.

4. Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un premio annuo, che rimane costante per tutta la durata del contratto, il cui ammontare viene determinato considerando:

- il valore del capitale assicurato iniziale;
- la durata contrattuale;
- l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto;
- il sesso dell'Assicurato;
- lo stato di salute e le attività professionali svolte dall'Assicurato.

Tale premio, che il Contraente alla data di sottoscrizione della proposta si impegna a corri-

spondere per tutta la durata contrattuale - e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato o la sopravvenuta invalidità totale permanente - viene versato alla Compagnia in via anticipata alle scadenze pattuite tramite addebito su conto corrente bancario intrattenuto presso la filiale della Banca distributrice del prodotto. In caso di estinzione del rapporto bancario, è prevista la possibilità di effettuare il pagamento dei premi secondo le indicazioni che verranno fornite dal Servizio Clienti della Compagnia.

Al momento della sottoscrizione il Contraente può scegliere che il premio annuo venga versato in rate semestrali; in tale caso non sono previsti interessi di frazionamento. Non è possibile modificare il frazionamento in corso di contratto.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Importi di premio annuo

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 50.000,00 €			Sesso: M
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 50,00	€ 51,50	€ 59,00	€ 71,00	
35	€ 58,50	€ 65,50	€ 80,50	€ 103,00	
40	€ 83,50	€ 99,00	€ 126,50	€ 167,00	
45	€ 137,50	€ 165,50	€ 214,50	€ 281,50	
50	€ 230,00	€ 281,50	€ 363,00	€ 470,00	

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 100.000,00 €			Sesso: M
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 100,00	€ 103,00	€ 118,00	€ 142,00	
35	€ 117,00	€ 131,00	€ 161,00	€ 206,00	
40	€ 167,00	€ 198,00	€ 253,00	€ 334,00	
45	€ 275,00	€ 331,00	€ 428,00	€ 563,00	
50	€ 460,00	€ 563,00	€ 726,00	€ 940,00	

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 200.000,00 €			Sesso: M
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 200,00	€ 216,00	€ 236,00	€ 284,00	
35	€ 234,00	€ 262,00	€ 322,00	€ 412,00	
40	€ 334,00	€ 396,00	€ 506,00	€ 668,00	
45	€ 550,00	€ 662,00	€ 856,00	€ 1.126,00	
50	€ 920,00	€ 1.126,00	€ 1.452,00	€ 1.880,00	

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 50.000,00 €			Sesso: F
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 26,00	€ 28,50	€ 34,00	€ 43,00	
35	€ 34,00	€ 40,00	€ 51,50	€ 67,50	
40	€ 55,50	€ 67,00	€ 86,00	€ 112,50	
45	€ 94,00	€ 113,00	€ 144,50	€ 188,50	
50	€ 157,00	€ 188,50	€ 240,50	€ 308,00	

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 100.000,00 €			Sesso: F
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 52,00	€ 57,00	€ 68,00	€ 86,00	
35	€ 68,00	€ 80,00	€ 103,00	€ 135,00	
40	€ 111,00	€ 134,00	€ 172,00	€ 225,00	
45	€ 188,00	€ 226,00	€ 289,00	€ 377,00	
50	€ 314,00	€ 377,00	€ 481,00	€ 616,00	

Garanzia Morte ed invalidità		Capitale assicurato: 200.000,00 €			Sesso: F
Età	Durata 5 anni	Durata 10 anni	Durata 15 anni	Durata 20 anni	
30	€ 104,00	€ 114,00	€ 136,00	€ 172,00	
35	€ 136,00	€ 160,00	€ 206,00	€ 270,00	
40	€ 222,00	€ 268,00	€ 344,00	€ 450,00	
45	€ 376,00	€ 452,00	€ 578,00	€ 754,00	
50	€ 628,00	€ 754,00	€ 962,00	€ 1.232,00	

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi.

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Al contratto sono applicati dei caricamenti pari al 20,00% del premio.

6. Misure e modalità di eventuali sconti

In relazione al presente contratto non sono previsti sconti.

7. Regime fiscale

7.1 Detrazione fiscale

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5% da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 13 bis comma 1) lett. f) del D.P.R. n. 917/86, danno diritto annualmente a una detrazione dall'Imposta sul Reddito dichiarato dal Contraente (IRE) alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Alla data di redazione della presente Nota Informativa, è facoltà del Contraente detrarre annualmente dalla suddetta imposta un importo pari al 19% dei premi corrisposti con un tetto massimo pari a Euro 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19% applicata all'importo

massimo di Euro 1.291,14), indipendentemente dalla durata del contratto, dal reddito dichiarato o da eventuali prestiti chiesti dal Contraente.

7.2 Tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato o dell'invalidità totale e permanente sono esenti da imposizione fiscale.

È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Conclusione del contratto

A condizione che il Contraente e l'Assicurato abbiano correttamente completato e sottoscritto la Proposta di Assicurazione, comprensiva del Questionario Sanitario, di cui al precedente punto 3, il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente riceve dalla Compagnia comunicazione di avvenuta accettazione.

9. Decorrenza del contratto

Con la conclusione del contratto ed a condizione che sia stato pagato il premio pattuito, la garanzia assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato sulla polizza, ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) decesso dell'Assicurato;
- b) insorgere dell'invalidità totale permanente dell'Assicurato;
- c) estinzione anticipata del mutuo.

Ove, con riferimento ad un medesimo contratto di mutuo, vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi delle coperture non pregiudica la continuazione delle assicurazioni a favore degli altri.

10. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Il contratto si estingue nei seguenti casi:

- decesso dell'Assicurato, con la liquidazione ai Beneficiari designati del capitale assicurato;
- invalidità totale permanente dell'Assicurato, con la liquidazione ai Beneficiari designati del capitale assicurato;
- scadenza contrattuale;
- estinzione totale del mutuo.

Il Contraente ha, inoltre, la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi con il conseguente scioglimento del contratto. Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata, la sospensione delle garanzie assicurative.

Il Contraente non può, a giustificazione del mancato pagamento del premio, opporre che Berica Vita S.p.A. non gli abbia inviato avvisi di scadenza a domicilio né provveduto all'incasso a domicilio. Entro sei mesi dal mancato versamento, il Contraente può comunque riattivare il contratto, recuperando tutti i versamenti arretrati, aumentati degli interessi di riattivazione calcolati per il periodo intercorrente tra la data del versamento non effettuato e la data di riattivazione. La misura degli interessi di riattivazione è pari al tasso legale maggiorato di due punti percentuali.

Trascorsi sei mesi dal mancato versamento, il contratto si estingue ed i premi annui già versati:

- se inferiori a tre, rimangono acquisiti alla Compagnia;
- se pari o superiori a tre, verrà corrisposto agli Aveni diritto un importo pari all'80% della riserva matematica accantonata.

Per effettuare la riattivazione il Contraente dovrà rivolgere richiesta scritta alla Compagnia, che

comunicherà le somme dovute. La riattivazione della garanzia ripristina le prestazioni assicurate di cui al punto 3 con effetto dalle ore 24.00 del giorno di versamento del premio rimasto insoluto.

11. Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto.

12. Revoca della proposta e diritto di recesso dal contratto

Il Proponente ha facoltà di revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante comunicazione alla Compagnia. Le somme eventualmente anticipate alla Compagnia dal Proponente saranno restituite allo stesso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, l'Assicurato può esercitare il diritto di recesso. La richiesta di recedere dal contratto o di revocare la proposta dovrà essere comunicata alla Compagnia per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, indirizzata al seguente recapito:

**Berica Vita S.p.A.
Via Btg. Framarin, 18
36100 Vicenza**

In virtù del recesso dal contratto o della revoca della proposta le Parti sono libere da qualsiasi obbligo da esso derivante a partire dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso o revoca attestata dal timbro postale di invio della stessa.

La Compagnia rimborserà il premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso completa di originale di polizza e di eventuali appendici.

13. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle somme assicurate

Ogni richiesta di liquidazione dovrà essere inviata alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A.R. o tramite gli sportelli della Banca collocatrice, allegando la documentazione di cui all'Art. 14 delle Condizioni di Polizza.

La Compagnia provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del sinistro, a rendere nota la propria decisione e quindi, se dovuta, a liquidare la prestazione assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro completa di tutta la documentazione indicata nelle Condizioni di Polizza. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Ai sensi dell'Art.2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

14. Legge applicabile

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua utilizzabile

Il contratto viene redatto in lingua italiana.

16. Regole relative all'esame dei reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

**Berica Vita S.p.A.
Servizio Clienti
Via Btg. Framarin 18 - 36100 Vicenza
fax 0444 329363, e-mail: reclami@bericavita.it**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'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 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. Informazioni relative alla Compagnia

La Compagnia comunicherà tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

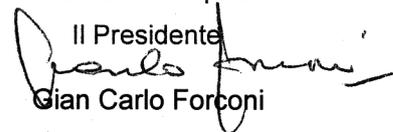
18. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Il Contraente in base art. 1926 del Codice Civile dovrà comunicare alla Società eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato eventualmente intervenuti in corso di contratto.

Berica Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Berica Vita S.p.A.

Il Presidente



Gian Carlo Forconi

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

CONDIZIONI DI POLIZZA

ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE A CAPITALE DECRESCENTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE

Art. 1 Disciplina del contratto

Il contratto è disciplinato dalle presenti Condizioni di Polizza e da eventuali Appendici. Per quanto non previsto, valgono inoltre le norme legislative italiane in materia.

Art. 2 Le prestazioni assicurate

In caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salve le esclusioni e le limitazioni di cui all'Art. 4, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati il capitale assicurato in vigore in quel momento, che corrisponde al capitale assicurato iniziale, riportato nel "documento di polizza", ridotto delle quote di capitale già ammortizzate fino al momento del sinistro. Detto capitale assicurato si determina moltiplicando il capitale assicurato iniziale per il coefficiente riportato nella tabella A (vedi allegato 1) individuato in funzione della durata contrattuale e del numero della annualità trascorse compresa quella in corso.

Pagato il capitale in caso di invalidità totale e permanente nulla è più dovuto per il caso di decesso.

Il capitale assicurato iniziale deve essere compreso fra 25.000 euro e 200.000,00 euro.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo, la polizza si estingue e la Compagnia, purché siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, corrisponde agli Aventi diritto l'importo corrispondente all'80% della riserva matematica fino a quel momento accantonata.

In caso di anticipata estinzione parziale del mutuo, il contratto rimane in pieno vigore, ed al verificarsi del decesso o all'insorgere dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Compagnia liquiderà alla Banca una somma pari al debito residuo ed agli Aventi diritto l'eventuale eccedenza.

In caso di cessione del mutuo il contratto rimane in vigore alla condizioni già in essere, solo gli Aventi diritto potranno essere cambiati.

In mancanza di sinistri fino alla scadenza contrattuale, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

Le prestazioni della Compagnia sono garantite a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi pattuiti, che costituiscono il corrispettivo della garanzia assicurativa.

Art. 3 Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente

3.1 – Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia perduto, in modo totale e presumibilmente permanente, la capacità di effettuare qualsiasi attività proficua, indipendentemente dalla professione svolta.

L'invalidità totale e permanente sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità dell'Assicurato sia pari o superiore al 66%.

3.2 – Verificatasi l'invalidità, l'Assicurato stesso deve fare denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla Compagnia stessa, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante attestante la sopravvenuta invalidità. La Compagnia si impegna ad accertare l'invalidità entro 90 gg dalla data della lettera raccomandata di cui sopra.

- 3.3 – A richiesta della Compagnia l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, è obbligato:
- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti del suo stato di invalidità ,
 - a fornire tutte le prove che dalla Compagnia fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Compagnia si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità da parte di medici di sua fiducia.

- 3.4 – Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta da Berica Vita, il Contraente ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato da Berica Vita, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo fra le parti. In caso di mancato accordo sulla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente dell'Ordine dei medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza come amichevole compositore senza formalità di procedure. Gli arbitri, ove lo credano, potranno disporre senza obbligo di sentenza qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc....).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

- 3.5 – Finché lo stato di invalidità non sia stato accertato, l'Assicurato deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti saranno applicate le disposizioni relative al mancato pagamento dei premi.

Riconosciuto invece lo stato di invalidità, saranno restituiti all'Assicurato i premi pagati scaduti successivamente alla data di denuncia dell'invalidità aumentati degli interessi calcolati al saggio legale per il periodo intercorrente fra le rispettive scadenze e la data di restituzione. Il riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente viene escluso nei casi riportati nel successivo art. 4.

Art. 4 Esclusioni

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 2 non operano qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato siano dovuti:

- a dolo dell'Assicurato o dei Beneficiari designati;
- a partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- a partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- ad 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;
- a suicidio, se avvenuto nei primi due anni dalla decorrenza del contratto o, trascorso detto periodo, nel primo anno dalla sua eventuale riattivazione.

Oltre alle esclusioni suddette, la garanzia assicurativa non sussiste quando l'invalidità totale permanente, sia causata da:

- atto intenzionale dell'Assicurato e in particolare, da conseguenze di un tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso detto periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;

- atti compiuti dall'Assicurato quando si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- malattie o incidenti precedenti la data di effetto delle garanzie per ogni Assicurato;
- malattie e lesioni fisiche dell'Assicurato sopravvenute come conseguenza di patologie già in essere prima della data di effetto delle garanzie;
- stato di invalidità preesistente alla data di effetto delle garanzie;
- alcoolismo o dipendenza da droghe, a meno che le droghe consumate siano state prescritte da un medico abilitato alla professione;
- negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), atti di nemici stranieri, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- problemi mentali o del sistema nervoso, non riconducibili ad una causa organica, per esempio schizofrenia o depressione.

In tali casi la Compagnia corrisponde ai Beneficiari il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso o dell'insorgere dell'invalidità totale e permanente.

Art. 5 Il premio

Le prestazioni di cui all'Art. 2 sono garantite a fronte del versamento di un premio annuo costante, indicato nel documento di polizza, per tutta la durata contrattuale e comunque non oltre il decesso o la sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

In alternativa al versamento annuale del premio, può essere scelto che il premio annuo venga versato in rate semestrali; in tal caso, il pagamento del premio viene effettuato ad ogni ricorrenza semestrale della data di decorrenza e non sono previsti interessi di frazionamento.

Art. 6 Limiti di età dell'Assicurato e durata contrattuale

L'età dell'Assicurato, alla data di decorrenza delle coperture assicurative, deve essere almeno pari a 18 anni e comunque non superiore a 60 anni; l'età alla data di scadenza del contratto non può comunque essere superiore a 70 anni.

La durata contrattuale coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento del mutuo concesso all'Assicurato. La durata minima è pari a 5 anni; la durata massima è pari a 30 anni. In relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento, pertanto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del mutuo flessibile, nulla è dovuto da parte della Compagnia.

Nel caso in cui il Contratto di mutuo sia sottoscritto da più persone, è possibile assicurare sia uno solo dei cointestatari per l'intero importo del mutuo, sia ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo, sempre che per ognuna siano rispettati i limiti di età alla data di decorrenza ed alla scadenza sopra riportati; in tal caso ciascuna persona è assicurata per la sua quota.

Art. 7 Modalità assuntive del contratto

La conclusione del contratto di assicurazione è subordinata alla preventiva accettazione, da parte della Compagnia, della proposta di assicurazione. Le informazioni necessarie alla Compagnia per una corretta valutazione del rischio sono riportate nella proposta e nel Questionario Sanitario.

Nel caso in cui, dalla compilazione della proposta, si rilevino professioni od attività sportive praticate particolarmente rischiose oppure, dal Questionario Sanitario e dagli accertamenti richiesti, emergano patologie di rilievo, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio, ovvero;

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di rischi specifici.

In tali casi, entro 15 giorni a partire dalla data in cui la Compagnia abbia accettato il rischio, con l'eventuale applicazione di sovrappremi, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere al proposta di assicurazione e quindi dare avvio al rapporto contrattuale, sempre che all'epoca della sottoscrizione non sia cambiata l'età assicurativa, in tal caso dovrà essere sottoscritta una nuova proposta di assicurazione.

Art. 8 La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione

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

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 2 sono operanti dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di polizza quale data di decorrenza, a condizione che sia stato versato il premio.

Art. 9 Carenza

Qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi sei mesi dalla data di conclusione del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, la Compagnia si impegna a corrispondere una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali accessori di polizza.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della suddetta limitazione, avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti.

La Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in polizza, qualora il decesso o l'insorgere dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato siano conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
- c) di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso o l'invalidità totale permanente - avvenuti dopo la data di decorrenza.

Inoltre, qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi cinque anni dalla data di conclusione del contratto e siano dovuti a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Inoltre, nel caso in cui 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, a parziale deroga delle Condizioni di Polizza, rimane convenuto che se il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi sette anni dalla data di conclusione del contratto e siano dovuti a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Art. 10 La revoca della proposta e il diritto di recesso dal contratto

Il Proponente può revocare la proposta fino alla data di conclusione del contratto.

In tal caso la Compagnia restituirà all'Assicurato, in qualità di Proponente, quanto eventualmente corrisposto entro 30 giorni dalla notifica della revoca.

Una volta concluso il contratto, l'Assicurato può recedere dallo stesso entro trenta giorni dalla data della conclusione stessa con la quale manifesta la propria volontà di recedere.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborserà il premio corrisposto.

La richiesta di recesso dovrà essere inviata, complete della documentazione indicata al successivo art. 14 delle Condizioni di Polizza, tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito:

Berica Vita S.p.A.
Via Btg. Framarin, 18
36100 Vicenza

La revoca o il recesso hanno l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di revoca o recesso, quale risulta dal timbro postale di invio della stessa.

Art. 11 Dichiarazioni dell'Assicurato

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

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

In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

Art. 12 La sospensione del pagamento dei premi e riattivazione

Decorsi 30 giorni dalla prima rata di premio rimasta insoluta, la garanzia di cui all'art. 2 è sospesa. Entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, l'Assicurato ha tuttavia la facoltà di riattivare tale garanzia effettuando il pagamento della rata di premio rimasta insoluta, aumentata degli interessi di riattivazione calcolati al saggio legale maggiorato di due punti percentuali per il periodo intercorrente dalla data del mancato versamento alla data di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina le prestazioni assicurate di cui all'art. 2, con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del premio rimasto insoluto.

Trascorso tale termine, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto si estingue ed i premi annui pagati:

- se inferiori a tre, rimangono acquisiti alla Compagnia;
- se pari o superiori a tre, verrà corrisposto agli Aventi diritto un importo pari all'80% della riserva matematica accantonata.

Art. 13 Cessione dei diritti

Nel caso in cui nel contratto di mutuo subentri un diverso Soggetto il contratto assicurativo reste-

rà in vigore, sulla testa dell'Assicurato originariamente designato, per un capitale assicurato pari al debito residuo quale risulta dal piano di ammortamento iniziale senza tener conto della cessione stessa.

Art. 14 I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta

14.1 Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a comprovare i presupposti dell'obbligo di pagamento. A tal fine è in ogni caso necessario che siano consegnati, oltre ai documenti indicati al successivo punto 14.2 per i diversi casi di pagamento, i seguenti documenti:

- originale con eventuali appendici contrattuali del documento di polizza;
- comunicazione scritta delle coordinate bancarie del conto corrente intestato all'Avente diritto su cui effettuare il pagamento (tranne in caso di recesso); nel caso in cui non vengano indicate tali coordinate, l'avente diritto potrà chiedere il pagamento a mezzo assegno circolare.

14.2 Sono inoltre previsti, per i diversi casi di pagamento, i documenti di seguito indicati:

- **per i pagamenti conseguenti all'esercizio del diritto di revoca della proposta o di recesso dal contratto:**

- richiesta scritta firmata dal Contraente;

- **per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato:**

- richiesta scritta firmata dai Beneficiari;
- certificazione attestante l'esistenza del mutuo e l'importo dell'intera posizione debitoria;
- originale o copia conforme del certificato di morte (con indicazione della data di nascita);
- certificato medico attestante la causa del decesso;
- eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il decesso qualora lo stesso sia dovuto ad infortunio.

Inoltre, **per l'eventuale parte eccedente il debito residuo**, in cui i Beneficiari della polizza siano diversi dalla Banca che eroga il mutuo:

- copia autentica di testamento o, in mancanza dello stesso, originale dell'atto notorio o dichiarazione sostitutiva dove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità giuridica di tutti gli eredi, nel caso in cui risultino Beneficiari della polizza;
- elenco completo corredato da codice fiscale, indirizzo ed estremi di conto corrente di tutti i Beneficiari della polizza.

A seguito di specifiche esigenze, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione quale, per esempio:

- autocertificazione di non gravidanza, nel caso in cui siano indicati come Beneficiari "Figli nati e nascituri";
 - copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la riscossione del capitale destinato a Beneficiari minorenni;
 - relazione del medico curante redatta su apposito modulo ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- **per i pagamenti conseguenti la riconosciuta invalidità totale permanente dell'Assicurato:**
- comunicazione della sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'assicurato contenente la richiesta di pagamento;
 - relazione medica sulle cause e sul decorso della malattia o lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità totale e permanente;

- certificazione attestante l'esistenza del mutuo e l'importo del debito residuo dello stesso.

Qualora sia stato perso l'originale di polizza, dovrà essere consegnata un'autocertificazione attestante lo smarrimento.

La Compagnia può inoltre richiedere al Contraente ed all'Assicurato di fornire tutte le prove necessarie per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Compagnia si riserva, inoltre, il diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Compagnia, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare la prognosi dell'invalidità e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità totale e permanente che residuerebbero, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia di invalidità ed ultimati i controlli medici ritenuti necessari dalla Compagnia, la stessa comunicherà all'Assicurato il riconoscimento o meno dello stato di invalidità.

Nel caso in cui sorgano controversie sul grado e sulle cause dell'invalidità totale e permanente, l'Assicurato ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale, così come previsto all'art. 3.4.

In presenza di particolari esigenze istruttorie la Compagnia si riserva altresì di richiedere ulteriori documenti prima di procedere al pagamento.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli Aveni diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia esegue la liquidazione entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Art. 15 Le tasse e le imposte

Eventuali imposte relative al contratto di assicurazione sono a carico dell'Assicurato o degli Aveni diritto.

Art. 16 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso o dell'insorgere dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 17 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'Art.1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

Art. 18 I riferimenti a norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme della legge italiana.

Art. 19 Il foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore.

TABELLA A

COEFFICIENTE PER LA DETERMINAZIONE DEL DEBITO RESIDUO**DURATA**

	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000
2	0,82611	0,86020	0,88445	0,79824	0,91651	0,92762	0,93664	0,94410	0,95035	0,95566	0,96021
3	0,64005	0,71062	0,76080	0,68665	0,82718	0,85018	0,86885	0,88428	0,89722	0,90821	0,91763
4	0,44096	0,55057	0,62851	0,56725	0,73160	0,76731	0,79631	0,82028	0,84038	0,85744	0,87206
5	0,22794	0,37931	0,48695	0,43949	0,62932	0,67865	0,71870	0,75180	0,77955	0,80311	0,82331
6	-	0,19607	0,33548	0,30278	0,51989	0,58378	0,63565	0,67852	0,71447	0,74498	0,77115
7	-	-	0,17341	0,15651	0,40280	0,48226	0,54679	0,60012	0,64483	0,68279	0,71534
8	-	-	-	-	0,27751	0,37364	0,45171	0,51622	0,57032	0,61624	0,65562
9	-	-	-	-	0,14345	0,25742	0,34997	0,42646	0,49059	0,54503	0,59172
10	-	-	-	-	-	0,13306	0,24111	0,33041	0,40528	0,46884	0,52334
11	-	-	-	-	-	-	0,12463	0,22763	0,31400	0,38731	0,45018
12	-	-	-	-	-	-	-	0,11767	0,21633	0,30008	0,37190
13	-	-	-	-	-	-	-	-	0,11182	0,20674	0,28814
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,10686	0,19851
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,10261
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ANNUALITÀ TRASCORSE

CONDIZIONI DI POLIZZA

TABELLA A

COEFFICIENTE PER LA DETERMINAZIONE DEL DEBITO RESIDUO**DURATA**

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000	1,00000
2	0,96414	0,96757	0,97059	0,94462	0,97561	0,97771	0,97959	0,98129	0,98281	0,98419	0,98544	0,98657	0,98761	0,98855	0,98941
3	0,92577	0,93288	0,93912	0,91399	0,94951	0,95386	0,95776	0,96126	0,96442	0,96727	0,96986	0,97221	0,97435	0,97630	0,97809
4	0,88472	0,89576	0,90544	0,88122	0,92158	0,92834	0,93440	0,93984	0,94474	0,94917	0,95319	0,95684	0,96016	0,96319	0,96597
5	0,84079	0,85603	0,86941	0,84615	0,89170	0,90104	0,90940	0,91691	0,92368	0,92980	0,93535	0,94039	0,94498	0,94917	0,95300
6	0,79379	0,81353	0,83086	0,80863	0,85972	0,87182	0,88265	0,89238	0,90115	0,90908	0,91626	0,92279	0,92874	0,93416	0,93912
7	0,74350	0,76805	0,78960	0,76848	0,82551	0,84056	0,85403	0,86613	0,87704	0,88690	0,89584	0,90396	0,91136	0,91810	0,92427
8	0,68969	0,71939	0,74546	0,72552	0,78890	0,80711	0,82341	0,83805	0,85125	0,86318	0,87399	0,88381	0,89276	0,90092	0,90839
9	0,63211	0,66732	0,69823	0,67955	0,74973	0,77132	0,79064	0,80800	0,82364	0,83779	0,85061	0,86225	0,87286	0,88254	0,89139
10	0,57050	0,61161	0,64770	0,63037	0,70782	0,73302	0,75558	0,77584	0,79411	0,81062	0,82559	0,83919	0,85157	0,86287	0,87320
11	0,50457	0,55200	0,59362	0,57774	0,66298	0,69205	0,71806	0,74144	0,76251	0,78155	0,79882	0,81450	0,82879	0,84182	0,85373
12	0,43404	0,48821	0,53576	0,52143	0,61499	0,64820	0,67792	0,70463	0,72870	0,75045	0,77017	0,78809	0,80441	0,81930	0,83291
13	0,35856	0,41996	0,47385	0,46118	0,56365	0,60128	0,63497	0,66524	0,69252	0,71717	0,73953	0,75983	0,77833	0,79520	0,81063
14	0,27780	0,34694	0,40761	0,39671	0,50871	0,55109	0,58901	0,62309	0,65380	0,68157	0,70673	0,72960	0,75042	0,76942	0,78678
15	0,19139	0,26880	0,33673	0,32772	0,44993	0,49737	0,53984	0,57799	0,61238	0,64347	0,67164	0,69724	0,72056	0,74183	0,76127
16	0,09893	0,18519	0,26089	0,25391	0,38703	0,43990	0,48722	0,52974	0,56806	0,60270	0,63410	0,66262	0,68860	0,71231	0,73397
17	-	0,09572	0,17974	0,17493	0,31973	0,37840	0,43092	0,47811	0,52063	0,55908	0,59392	0,62558	0,65441	0,68072	0,70477
18	-	-	0,09291	0,09042	0,24772	0,31260	0,37068	0,42286	0,46989	0,51240	0,55093	0,58595	0,61783	0,64692	0,67351
19	-	-	-	-	0,17066	0,24220	0,30622	0,36374	0,41559	0,46246	0,50494	0,54354	0,57869	0,61076	0,64007
20	-	-	-	-	0,08822	0,16686	0,23725	0,30049	0,35749	0,40902	0,45572	0,49816	0,53680	0,57206	0,60429
21	-	-	-	-	-	0,08625	0,16346	0,23281	0,29533	0,35184	0,40306	0,44961	0,49199	0,53066	0,56601
22	-	-	-	-	-	-	0,08449	0,16040	0,22881	0,29066	0,34672	0,39765	0,44403	0,48635	0,52504
23	-	-	-	-	-	-	-	0,08291	0,15764	0,22519	0,28643	0,34206	0,39272	0,43895	0,48121
24	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08149	0,15515	0,22191	0,28258	0,33782	0,38823	0,43430
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08020	0,15289	0,21894	0,27908	0,33396	0,38412
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07903	0,15084	0,21622	0,27588	0,33042
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07797	0,14897	0,21375	0,27296
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07700	0,14726	0,21148
29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07612	0,14570
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07531

GLOSSARIO

Il presente documento contiene un glossario specifico per un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio.

Il significato di alcuni termini tecnici ricorrenti nel testo facilita pertanto la comprensione della Nota Informativa, delle Condizioni di Polizza.

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 società ed il contraente.

Assicurato: è la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiari: sono le persone fisiche o giuridiche, designate nel contratto o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Compagnia o per testamento (art. 1920 p.p. cc), cui spetta la liquidazione, da parte della Compagnia stessa, delle somme dovute in base al contratto di assicurazione. Beneficiario irrevocabile del contratto BeriCasa connesso ad un mutuo acceso presso uno degli Istituti di Credito del Gruppo Banca Popolare di Vicenza è l'Istituto di Credito stesso. In presenza di un'eccedenza della prestazione prevista in caso di decesso rispetto al debito residuo alla data del decesso, la Compagnia liquida tale eccedenza ai Beneficiari designati dal Contraente.

Carenza: è il periodo durante il quale non sono attivate le coperture assicurative. Il periodo di carenza decorre dal momento di decorrenza delle coperture assicurative stesse.

Caricamento: sono i costi trattenuti dalla Compagnia che gravano sul premio per attività commerciali ed amministrative di incasso, acquisizione ed amministrazione del contratto di assicurazione. La misura del caricamento relativo al contratto sarà indicata nella proposta contrattuale;

Compagnia: vedi: Società

Condizioni contrattuali (o di polizza, o di assicurazione): insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Contratto: è il documento emesso dalla Compagnia concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti. In questo caso, la Polizza di Assicurazione inviata dalla Compagnia al Contraente.

Data di conclusione del contratto: è la data di perfezionamento del contratto assicurativo. In questo caso coincide con la data di decorrenza delle coperture assicurative.

Data di decorrenza delle coperture assicurative: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Data di sottoscrizione: è la data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Debito Residuo: È la parte del capitale assicurato iniziale (debito residuo) non ancora ammortizzato dalle rate del mutuo fino ad allora versate.

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal contraente prima della stipulazione del

contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatte od omette di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Documenti contrattuali: sono gli allegati al contratto che lo integrano e specificano. Hanno tra le Parti la stessa efficacia vincolante del contratto.

Durata contrattuale: è l'intervallo temporale, compreso fra la data di decorrenza delle coperture assicurative e la data di scadenza del contratto, durante il quale le coperture assicurative sono operanti ed il contratto ha piena validità. Data la tipologia del contratto, la sua durata coincide con la durata del mutuo cui è collegata la copertura. In particolare, per il mutuo di durata fissa la durata contrattuale coincide con la durata del mutuo stesso; per il mutuo di durata flessibile la durata contrattuale coincide con la durata inizialmente scelta del mutuo flessibile, escludendo quindi le possibili estensioni della durata del piano di ammortamento.

Età assicurativa ad una data epoca: è l'età – dell'Assicurato – calcolata maggiorando di un anno l'età compiuta in anni interi se la frazione di anno trascorsa dall'ultimo compleanno all'epoca di computo è almeno pari ai sei mesi. In caso contrario è pari all'età esatta all'epoca di computo stessa.

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

- nota informativa;
- condizioni di assicurazione;
- glossario;
- modulo di proposta.

Infortunio: è un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che sia causa diretta ed esclusiva di lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza il sinistro.

Invalidità totale e permanente: è la perdita totale e permanente della capacità dell'Assicurato, a seguito di malattia od infortunio, indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e sopravvenuti anteriormente alla scadenza del contratto, di esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e sempre che il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

Istituto di Credito: è l'Istituto di Credito del Gruppo Banca Popolare di Vicenza presso cui è acceso il mutuo a cui è connesso il contratto assicurativo.

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 della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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.

Perfezionamento del contratto: momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Polizza di Assicurazione: è il contratto che la Compagnia invia al Contraente a conferma della conclusione del contratto assicurativo.

Premio: è l'importo che il Contraente è tenuto a corrispondere alla Compagnia alle scadenze pattuite.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.

Prestazione (assicurata): somma pagabile sotto forma di capitale che la società garantisce al verificarsi dell'evento assicurato.

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: è un 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.

Riattivazione: facoltà del contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

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.

Riscatto totale: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sconto di premio: operazione descritta nella nota informativa attraverso la quale la società riconosce al contraente una riduzione del premio di tariffa applicato, e quindi di fatto una maggiorazione delle prestazioni assicurate, in dipendenza di determinate condizioni.

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

Società (di assicurazione): società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione. Per questo contratto Berica Vita S.p.A.

Società di revisione: società diversa dalla società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Valuta di denominazione: valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CON LA PRESENTE PROPOSTA IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE CHIEDE DI EMETTERE UNA COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA, ALLA POLIZZA DENOMINATA "BERICASA" REGOLATA DALLE CONDIZIONI DI POLIZZA DI CUI AL FASCICOLO INFORMATIVO MTBERIV031 ED. 04/2006

PRODOTTO	CONVENZIONE N.	FILIALE	N. PROPOSTA
----------	----------------	---------	-------------

CONTRAENTE

COGNOME E NOME (RAGIONE SOCIALE)	COD.FISCALE / PART.IVA	
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO
PROFESSIONE	SOTTOGRUPPO	RAMO ATTIVITA'
INDIRIZZO	COMUNE	
PROVINCIA	CAP	COD. PAESE
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO	TIPO DOCUM	
RILASCIATO DA	DATA DI RILASCIO	DATA SCADENZA
INDIRIZZO DI RECAPITO CORRISPONDENZA		
COMUNE	CAP	PROVINCIA

ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

COGNOME E NOME	COD. FISCALE	SESSO
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE
INDIRIZZO	COMUNE	PROV.

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

IN CASO DI MORTE: LA BANCA EROGANTE IL PRESTITO FINO ALLA CONCORRENZA DEL DEBITO RESIDUO, PER L'EVENTUALE ECCEDEXIA I SEGUENTI BENEFICIARI

VERSAMENTO E PRESTAZIONI (valori in euro)

VERSAMENTO ANNUO:	PAGABILE IN RATE:
DI CUI SOVRAPREMIO PER ATTIVITA' SPORTIVA /PROFESSIONALE:	
SPESE DI ACQUISIZIONE E GESTIONE CONTRATTO: 20,00% DEL VERSAMENTO ANNUO	
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	DURATA ANNI
DECORRENZA ORE 24 DEL	SCADENZA ORE 24 DEL

_____ Luogo e data _____ Collocatore _____ Assicurato _____ Contraente

I sottoscritti Contraente ed Assicurato dichiarano di aver ricevuto e preso visione del FASCICOLO INFORMATIVO e di conoscere ed accettare espressamente le Condizioni di Polizza che, insieme al presente modulo, formano parte integrante del Fascicolo stesso. Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui lo stesso è concluso, avendo diritto alla restituzione dell'importo determinato secondo le modalità fissate nelle Condizioni di Polizza.

_____ Luogo e data _____ Collocatore _____ Assicurato _____ Contraente

AUTORIZZAZIONE DI PAGAMENTO

Alle scadenze pattuite, il sottoscritto Contraente – titolare, contitolare del seguente c/c bancario –autorizza la Banca ad addebitare i versamenti relativi alla polizza assicurativa sul proprio conto corrente a favore di Berica Vita S.p.A., senza che vi sia emissione alcuna di lettere contabili.

_____ ABI _____ CAB _____ n° C/C _____ Contraente



MODULO



PRODOTTO	CONVENZIONE N.	FILIALE	N. PROPOSTA
----------	----------------	---------	-------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Dichiaro di aver letto l'informativa, fornitami da Berica Vita S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/2003, in ogni suo punto e dichiaro altresì di prestare espressamente il consenso al trattamento:

A) dei dati personali, anche sensibili di cui al punto 3) dell'informativa, da parte della stessa Berica Vita S.p.A. ed alla comunicazione degli stessi alle categorie di soggetti di cui al punto 6) dell'informativa. Sono consapevole che in mancanza del consenso la Società non può fornirmi i prodotti assicurativi da me richiesti.

do il consenso nego il consenso Il Contraente _____

do il consenso nego il consenso L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

B) dei dati personali da parte di Berica Vita S.p.A. e la comunicazione degli stessi alle categorie di soggetti di cui al punto 6) dell'informativa per finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della stessa Berica Vita e delle Società del Gruppo, nonché per il compimento di ricerche di mercato:

do il consenso nego il consenso Il Contraente _____

do il consenso nego il consenso L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Luogo e data

FAC-SIMILE

MODULO





PRODOTTO	CONVENZIONE N.	FILIALE	N. PROPOSTA
----------	----------------	---------	-------------

AVVERTENZE SULLA DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

- A) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- B) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;
- C) Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico

APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Polizza e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: "Condizioni Generali di Contratto" e 1342: "Contratto concluso mediante moduli e formulari" - i seguenti articoli:

Art. 3 Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente; Art. 4 Esclusioni; Art. 6 Persone assicurabili; Art. 7 Modalità assuntive del contratto; Art. 8 La conclusione del contratto, l'entrata in vigore dell'assicurazione; Art. 9 Carezza; Art. 11 Dichiarazioni dell'Assicurato; Art. 14 I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta.

_____ **Luogo e data**

_____ **Il Contraente**

FAC-SIMI



MODULI

PRODOTTO	CONVENZIONE N.	FILIALE	N. PROPOSTA
----------	----------------	---------	-------------

QUESTIONARIO SANITARIO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome:
 Data e luogo di nascita:
 Indirizzo:

Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Società. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia (art. 1892 Codice Civile)

1.	Ritiene di essere in buone condizioni di salute?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2.	Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici, o ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, l'ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate, Epatite B / C, lesioni degli organi vitali post traumatiche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.	Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.	Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5.	Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcolici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.	Fuma più di 30 sigarette al giorno?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7.	Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8.	Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9.	Costituzione: Altezza _____ cm Peso _____ Kg	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10.	Pressione Arteriosa: Min. _____ Max. _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dichiarazioni dell'Assicurando sulla propria attività Professionale / Sportiva

Attività Professionale: _____			
La sua attività professionale la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, velenose e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività Sportiva: _____			



PRODOTTO	CONVENZIONE N.	FILIALE	N. PROPOSTA
----------	----------------	---------	-------------

In caso di risposta negativa alla domanda nr. 1 e di risposta affermativa alle domande nr.2 e nr. 9 si prega di fornire informazioni dettagliate nel riquadro sottostante e di allegare copia della documentazione sanitaria riguardante le patologie pregresse e/o attuali (es. cartelle cliniche, esiti di accertamenti strumentali, analisi di laboratorio e/o visite specialistiche di controllo, medicinali assunti regolarmente):

L'Assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del Cod. Civ., che le notizie contenute nel presente questionario, da Lui rese, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Dichiara, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni ed atti sanitari siano, dall'Assicuratore stesso, comunicati e sottoposti all'esame di persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Data, _____

Letto confermato e sottoscritto _____
L'Assicurato

FACILE



MODULO

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA



BERICA VITA
Gruppo Banca Popolare di Vicenza

Berica Vita S.p.A.



Sede legale in Via Btg. Framarin n.18 - 36100 Vicenza - Capitale Sociale € 16.000.000 - P.IVA, Codice Fiscale e Numero Iscrizione al Registro delle Imprese di Vicenza 03096340249. - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP n. 2265 del 02.04.2004 pubblicato sulla G.U. n. 84 del 09.04.2004. - Berica Vita S.p.A. è sottoposta ad attività di direzione e coordinamento della Banca Popolare di Vicenza s.c.p.a.