BericaOrizzonti

Al Tuo Fianco

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario, Modulo di polizza deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Edizione aggiornata al 31/05/2011

GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI

BERICA VITA

Berica Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI

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) Berica Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 019. Codice fiscale/P. IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Vicenza 03096340249;

b) Sede Legale: Via Battaglione Framarin, 18 – 36100 Vicenza – Italia;

c) Direzione Operativa: Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 Verona – Italia;

d) Telefono: 045 8236811; sito Internet: www.bericavita.it; indirizzo di posta elettronica: bericavita@bericavita.it;

e) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2265 del 2 aprile 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 84 del 9 aprile 2004; Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'ISVAP n. 1.00147.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2010 ammonta a 49 milioni di Euro interamente costituiti da capitale sociale e 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 2010 risulta pari al 131%.

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 25 anni.
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. Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di assicurazione per le informazioni di dettaglio;

b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente: la Compagnia garantisce al Beneficiario designato la corresponsione di un capitale in caso di invalidità totale permanente derivante da infortunio dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. Si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: sono previste esclusioni, sospensioni e limitazioni della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si invita il Contraente a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

3.1 Requisiti soggettivi

L'età assicurativa dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, deve essere compresa fra i 18 ed i 65 anni ed alla scadenza contrattuale non può essere superiore a 75 anni.
La garanzia per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio si estingue al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

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.
A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, al 2,5%.
Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo punto 5.1.1.
Il premio annuo può essere corrisposto in rate annuali o semestrali.
Il pagamento del premio viene effettuato tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso il soggetto che svolge anche attività di intermediazione.
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 ad ogni annualità.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.
I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità ed alle annualità successive sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	15,00% del premio annuo

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

Tabella B

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo

* * *

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	15,00% del premio annuo	80,00%
Costi di frazionamento	2,50%	0,00%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi
I premi del presente contratto sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

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.

7. Sconti
Non sono previsti sconti.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. 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.

9. 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 6 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.

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

11. 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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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.

12. Diritto di recesso
Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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.
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.

13. 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.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua

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

16. Reclami

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

Berica Vita S.p.A.
Servizio Reclami
c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax 045/8372343
e-mail: reclami@bericavita.it

Indicando i seguenti dati: Nome, Cognome, Indirizzo completo dell'esponente, Numero della polizza e nominativo del Contraente, Numero e data del Sinistro al quale 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 – Fax 06/42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.
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/finservices-retail/finnet/index_en.htm.
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. 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.

18. 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..

19. Conflitto di interessi
Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a..
Il presente contratto è intermediato dalle seguenti società facenti parte del Gruppo Banca Popolare di Vicenza:

- Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a.;
- Banca Nuova S.p.A..

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.

* * *

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

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto di assicurazione garantisce la corresponsione di un capitale determinato come indicato al successivo Art. 7, ai Beneficiari designati, in caso di morte o invalidità totale e permanente da infortunio dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.
Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.
In caso di sopravvivenza o non sopravvenuta ITP 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 questionario sanitario/rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso così come indicato al successivo Art. 7.1.
È 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.
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 24:00 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.
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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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 l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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.
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.

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.
Il premio rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di decesso o sopravvenuta ITP dell'Assicurato, fino al verificarsi di tale evento.
A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, pari al 2,5%.
Il pagamento del premio viene effettuato tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso il soggetto che svolge anche attività di intermediazione.
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.
In caso di decesso dell'Assicurato o sopravvenuta ITP la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. Il capitale assicurato iniziale deve essere maggiore ai 50.000,00 Euro e non superiore a 1.500.000.00 Euro.

Art. 7.1 – Accertamenti sullo stato di salute dell'Assicurato.
L'assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante questionario sanitario/rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale che dipendono dall'età dell'assicurato e dal capitale scelto dal Contraente.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Età dell'Assicurato	Capitale da assicurare	Carenza	Accertamenti richiesti
Fino a 50 anni	Fino a 250.000,00	SI	A
	Da 250.000,01 a 600.000,00	NO	B
	da 600.000,01 a 1.500.000,00		C
Da 51 anni a 65 anni	Fino a 150.000,00	SI	A
	Da 150.000,01 a 500.000,00 (*)	NO	B
	da 500.000,01 a 1.500.000,00 (*)		C

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

Per capitali superiori a 500.000,00 Euro la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere la compilazione anche di un apposito questionario per accertamenti sullo stato economico e finanziario.

	Accertamenti sanitari richiesti
A	– Questionario sanitario – Test HIV (**) se il capitale assicurato è superiore a 200.000,00 Euro
B	Accertamenti di cui al punto A più: Rapporto di visita medica redatto dal medico (***) su apposito mod. 602 predisposto dalla Compagnia – Esame delle urine effettuato in laboratorio – Colesterolemia totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Glicemia
C	Accertamenti di cui al punto 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
(**) nel caso in cui l'assicurato rifiuti di sottoporsi al test HIV, come suo diritto, viene applicato alla polizza, solo per patologie collegate ad AIDS, un periodo di carenza pari a 7 anni. (***) qual'ora il capitale assicurato sia pari od inferiore a 500.000,00 Euro, il Rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia. In caso di capitale assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il Rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente da un medico non di famiglia.	

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.

Art. 8 – Rischio morte ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio– Esclusioni e limitazioni della garanzia.

Art. 8.1 Rischio Morte – 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.

Art. 8.2 – Rischio Invalidità Totale Permanente da Infortunio – ESCLUSIONI.
Sono esclusi dalla garanzia i casi di ITP dovuti ad infortuni che si siano verificati in conseguenza diretta o indiretta di:

– partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;

– guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

– incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

– pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;

– partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

– ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

– operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;

– delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

– guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;

– partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;

– trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

– effetto di sieropositività HIV, AIDS;

– effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;

– connessione con l'uso o produzione di esplosivi;

– atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;

– malattie tropicali;

– svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;

Art. 8.3 – 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, 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 ai precedenti Art. 8.1 e 8.2 – 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.

Art. 8.4 – 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.

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 6 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 6 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 – Cessazione della garanzia di Invalidità totale e permanente da infortunio.
La garanzia ITP si estingue al compimento del 65° compleanno dell'Assicurato.

Art. 12 – Costi.

Art. 12.1 – Costi gravanti direttamente sul Contraente.

Art. 12.1.1 – Costi gravanti sul premio.

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

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

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	15,00% del premio annuo

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

Tabella B

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo

Art. 13 – Requisiti soggettivi.

L'età assicurativa dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 65 anni ed alla scadenza contrattuale non può essere superiore a 75 anni.

Art.14 – Durata.

Il presente contratto ha una durata minima di 5 anni e massima di 25 anni.

Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore ad anni 50, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

La garanzia per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio si estingue al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 15 – Conflitto di interessi.

Il presente contratto è un prodotto di Berica Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a..

Il presente contratto è intermediato dalle seguenti società facenti parte del Gruppo Banca Popolare di Vicenza:

- Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a.;
- Banca Nuova S.p.A..

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 e/o l'intestatario del conto corrente di accredito 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.

Le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sul Contraente o sui Beneficiari.
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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio:
Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Assicurato e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'ITP.
La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dell'ITP dell'Assicurato ed inviata mediante

lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente indirizzo: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 Verona – Italia.

La documentazione da fornire comprende:

- fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- nel caso in cui Beneficiario sia soggetto diverso dall'Assicurato, 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 del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) 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 sul quale andrà liquidata la polizza, qualora diverso dal Beneficiario;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 66%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 66% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 66%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 66% ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 66%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia stata accertata e riconosciuta l'ITP, entro 30 giorni dalla data di accertamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato e/o dei Beneficiari.

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

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 notizie inesatti 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.

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:
– 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 abbinate 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
È 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. È 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.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

BERICA VITA

BERICAORIZZONTI AL TUO FIANCO

Tra le parti sottoscritte viene stipulata la presente polizza denominata "BericaOrizzonti Al Tuo Fianco" regolata dalle Condizioni di assicurazione di cui al Modello MTBERIV097 ed. 05/2011.

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

CONTRAENTE

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

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ 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 _____ Capitale assicurato _____
Tipo di premio **ANNUO** _____ Premio annuo _____ Durata del contratto ____ **ANNI** pari a ____ **giorni**
Rateazione _____ Premio di rata _____

Costi gravanti sul premio: costi di acquisizione, gestione ed incasso pari al 15% del premio annuo.

DATI IDENTIFICATIVI

Documento di riconoscimento _____ Tipo documento _____
Ente emittente e luogo _____ Data emissione _____

Luogo e data _____

L'Intermediario	L'Assicurato	Il Contraente
(timbro e firma leggibili)	(firma leggibile)	(firma leggibile)

FAC-SIMILE

BERICA VITA S.P.A. - Sede legale: Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza (Italia) - Codice Fiscale/Partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Vicenza 03096340249 R.E.A. della C.C.I.A.A. di Vicenza n. 298604 - Albo Imprese presso ISVAP n. 1.00147 - Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 Capitale Sociale Euro 31.000.000 interamente versato - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2265 del 2 aprile 2004 - G.U. n. 84 del 9 aprile 2004 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bericavita.it

Ente _____ Filiale _____ Collocatore _____ Cod. prodotto _____
Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n. _____ Numero Polizza _____
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 l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Berica Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Enrico Fermi, 11/B – 37135 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.
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.
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 (se diverso dal Contraente)

_____ _____
L'Intermediario (timbro firma leggibili) Il Contraente (firma leggibile)

AUTORIZZAZIONE DI PAGAMENTO

Il sottoscritto Contraente/correntista – titolare, contitolare del seguente c/c bancario - autorizza la Banca ad addebitare sul proprio conto corrente, indicato in calce, i versamenti relativi alla polizza assicurativa alle scadenze pattuite senza emissione della lettera contabile di addebito.

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

Codice Conto Corrente _____

Luogo e data _____

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

FAC-SIMILE

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

DICHIARAZIONE 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, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del cod. civ., 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 sovrapremio?	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 (firma leggibile)

FAC-SIMILE

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

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
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

(*) 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.

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

(***) 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.

(****) 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.

FAC-SIMILE

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.

PAGINA
INTENZIONALMENTE
BIANCA

MOD. MTBERIV 097 - ED. 05/2011

BERICA VITA S.P.A. - Sede legale: Via Btg. Framarin, 18 - 36100 Vicenza (Italia) - Codice Fiscale/Partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Vicenza 03096340249
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Vicenza n. 298604 - Albo Imprese presso ISVAP n. 1.00147 - Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019
Capitale Sociale Euro 31.000.000 interamente versato - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2265 del 2 aprile 2004 - G.U. n. 84 del
9 aprile 2004 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bericavita.it