

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CreaDomani New

SET INFORMATIVO composto da:

- **Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita)**
- **Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario**
- **Modulo di proposta**



Assicurazione temporanea in caso di morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Prodotto: CREADOMANI NEW



Data di realizzazione: 01/01/2019- Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza individuale che garantisce la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati, in caso di morte dell'Assicurato, prima della scadenza contrattuale.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ *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.
- ✓ *Coperture complementari:* la Compagnia inoltre garantisce, dietro pagamento di un premio aggiuntivo, la corresponsione di un ulteriore capitale qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale.
- ✓ *L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 15.000,00 Euro. Qualora il capitale assicurato sia un importo maggiore di 15.000,00 Euro, i relativi incrementi dovranno essere multipli di 1.000,00 Euro.*

Che cosa NON è assicurato?

- * *Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa.*

Ci sono limiti di copertura?

- ! *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.*
- ! *È escluso dalla garanzia complementare il decesso causato da:*
 - ! *Inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico;*
 - ! *Fatti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale ed a cui l'Assicurato abbia preso parte;*
 - ! *Atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;*
 - ! *Partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; guida e uso di veicoli o natanti a motore, nella partecipazione a corse e gare (e relative prove), salvo che si tratti di regolarità pura;*

- ! Infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ! Uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei a meno che l'Assicurato si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da Compagnie di traffico aereo regolare;
- ! 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;
- ! Ubriachezza o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona;
- ! Malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato.
- ! Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente è escluso dalla garanzia il decesso, che derivi direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.
- ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario. 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, il capitale assicurato 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.
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Proposta.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - Trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in uno stato estero;
 - Trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
 - Modifiche di professione dell'assicurato intervenute in corso di contratto.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- 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, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.
- Il premio rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.
- Il premio annuo relativo all'assicurazione complementare, comprensivo dell'imposta di legge, sarà corrisposto con le stesse modalità del premio relativo all'assicurazione principale.
- A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali o dodici rate mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, rispettivamente pari al 2,50% e al 5,00%, purché la rata di premio da corrispondere non risulti inferiore a 35,00 Euro.
- Il pagamento del premio potrà essere effettuato dal Contraente tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto mediante:
 - Addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso il soggetto che svolge anche attività di intermediazione per la prima rata di premio;
 - SDD (Sepa Direct Debit) per le rate di premio successive.
- Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il presente contratto ha una durata minima di 5 anni e massima di 20 anni. Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore ad anni 55, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.
- Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.
- In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.
- L'assicurazione complementare si estingue:
 - in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione principale;
 - quando l'Assicurato sia colpito da epilessia, apoplezia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo e/o sia dedito all'uso di stupefacenti o di allucinogeni;
 - alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
- Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.
- Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Assicurazione temporanea in caso di morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Prodotto: CREADOMANI NEW



Data di aggiornamento: 01/10/2019 - Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA, Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona; Tel. 0458391111; Sito internet: www.cattolica.it; E-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al N. 019 con codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962. La Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, ha sede legale e Direzione Generale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966) ed è iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 1.757 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.231 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 972 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 437 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.802 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.403 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,85 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP base.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi | Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP base.



Ci sono limiti di copertura?

– Condizioni di carenza:

- 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.

- 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:
- 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;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
- 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.
- 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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) 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;
- 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 Contraente.


In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- 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 fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali 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) rilasciato dal Comune;
- 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;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - 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;
 - l'attestazione 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


	<p>giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).</p> <ul style="list-style-type: none"> - in assenza di testamento: <ul style="list-style-type: none"> - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza). <p>Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima; - in caso di Beneficiario minorenni o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione; - in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia. <p><u>La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).</u></p> <p><u>Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.</u></p> <p>Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci 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.</p> <p>Liquidazione della prestazione: 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, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona - Italia.</p> <p>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.</p> <p>Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari. Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: <ul style="list-style-type: none"> - 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, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno. - HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP base.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto. - Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per le garanzie complementari infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<ul style="list-style-type: none"> - L'assicurazione complementare si estingue: <ul style="list-style-type: none"> - in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione principale.
Sospensione	<ul style="list-style-type: none"> - Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	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.
Recesso	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.</u> - La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto. Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per le garanzie complementari infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.
Risoluzione	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione del contratto per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo il Contraente non riprende il pagamento, il contratto è risolto di diritto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

 A chi è rivolto questo prodotto ?	
- Il prodotto è destinato ai soggetti che vogliono coprirsi dal rischio di premorienza con età compresa tra 18 e 70 anni.	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>Costi gravanti sul premio</p> <p>I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.</p> <p><u>Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.</u></p> <p>I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.</p>	

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 25,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

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

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo
Mensile	5,00% del premio annuo

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

– **Costi per riscatto**
Non è previsto il riscatto.


– **Costi per l'erogazione della rendita**
Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.

– **Costi per l'esercizio delle opzioni**
Non sono presenti opzioni contrattuali.

– **Costi di intermediazione**
Nella Tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto:

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
56,5%

– **Costi dei PPI**
Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<i>Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.</i>
Richiesta di informazioni	<i>Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.</i>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<i>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</i>
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</i>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<i>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net.</i>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> <i>I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. I premi relativi alla garanzia complementare infortuni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.</i></p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> <i>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.</i></p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> <i>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.</i></p>
---	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 1 – Oggetto.

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

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia. Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso. 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.

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

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

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

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto.

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

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Nel termine di 30 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Bancassicurazione – Servizio Assistenza Vita – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia, Telefono 800013711, Fax 045.8372316, E-mail infovitabanche@cattolicaassicurazioni.it.

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

Art. 3 – Revoca della proposta.

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

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

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente.

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

Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

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

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

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

Art. 5 – Il premio.

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

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

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

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

A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in due rate semestrali o dodici rate mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, rispettivamente pari al 2,5% e al 5,0%, purché la rata di premio da corrispondere non risulti inferiore a 35,00 Euro.

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

- addebito sul conto corrente per la prima rata di premio;
- SDD (Sepa Direct Debit) per le rate di premio successive.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

Art. 7 – Capitale assicurato.

I) Assicurazione principale.

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

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

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

In tutti gli altri casi il contratto potrà essere stipulato solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 15.000,00 Euro. Qualora il capitale assicurato sia un importo maggiore di 15.000,00 Euro, i relativi incrementi dovranno essere multipli di 1.000,00 Euro.

II) Assicurazione complementare.

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

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

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

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

I) Assicurazione principale.

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

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

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

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

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, 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 al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

II) Assicurazione complementare.

ESCLUSIONI.

È escluso dalla garanzia complementare il decesso causato da:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1 Operatività dell'assicurazione complementare.

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

11.2 Cessazione dell'assicurazione complementare.

La garanzia complementare si estingue:

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

Art. 12 – Costi.

12.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente.

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

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

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

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

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 25,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

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

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

Tabella B

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 25,00 Euro più 11,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

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

Tabella C

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	2,50% del premio annuo
Mensile	5,00% del premio annuo

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

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

Art.13 – Requisiti soggettivi.

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

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto.

Art.14 – Durata.

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

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

Art. 15 – Conflitto di interessi.

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

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

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

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

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) 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;
- 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 Contraente.

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- 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 fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali 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) rilasciato dal Comune;
- 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;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - 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;
 - l'attestazione 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:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali e i modelli FATCA/CRS.

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

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

Denuncia d'infortunio.

Entro dieci giorni dalla data del decesso dell'Assicurato conseguente a infortunio, la denuncia dell'infortunio deve essere inviata, per iscritto dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

Nella denuncia deve essere indicato:

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

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

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

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

Art. 17 – 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.

Art. 18 – 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. 19 – Imposte e tasse.

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

Art. 20 – 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. 21 – Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato 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..

In caso di trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi.

L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

In caso di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

Art. 22 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci 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. 23 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguate verifica della clientela	<p>L'Adeguate Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</p> <p>Tale attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <ol style="list-style-type: none">identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:<ul style="list-style-type: none">❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
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.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).
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	E' considerato infortunio conseguente ad incidente stradale, quello causato dalla circolazione di veicoli con o senza guida su rotaie, su strade di uso pubblico o su aree anche private.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. E' temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale

corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci 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 con assegno (bancario, circolare o di traenza) e costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di accredito alla Compagnia, 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.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none">- Documento informativo precontrattuale (DIP Vita);- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita);- Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario;- Modulo di proposta.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Trasformazione	Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati, in un apposito documento, gli elementi essenziali del contratto trasformato.

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

Ente	Filiale	Collocatore	Cod. Prodotto
Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n.			Numero proposta
Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.			Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

CONTRAENTE		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Professione	Sottogruppo	Ramo Attività
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
Indirizzo e-mail	Numero cell.	
ASSICURATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Professione	Sottogruppo	Ramo attività
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
BENEFICIARI IN FORMA NOMINATIVA		
IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Indirizzo e-mail	Numero cell.	
Quota di beneficio %		
BENEFICIARI IN FORMA GENERICA		
Il Contraente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza.		
IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO _____		
Avvertenza: In caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari.		
Si ricorda inoltre che la modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.		
ESIGENZE DI RISERVATEZZA		
Referente terzo (diverso dal Beneficiario) a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:		
Cognome e nome	Codice fiscale	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune		Cod. paese
Indirizzo e-mail	Numero cell.	

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

Cod. Prodotto
Numero proposta
Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

DATI TECNICI DI POLIZZA

Data di decorrenza	Data di scadenza	Durata del contratto ____ ANNI pari a ____ giorni
Capitale assicurato		Tipo di premio
Premio annuo	(di cui imposte per la garanzia complementare infortuni)	
Rateazione	Premio di rata	
Garanzia complementare in caso di decesso per infortunio	<input type="checkbox"/> Capitale assicurato	
Garanzia complementare in caso di decesso per infortunio con raddoppio per incidente stradale	<input type="checkbox"/> Capitale assicurato	Premio annuo complementari infortuni
Costi		

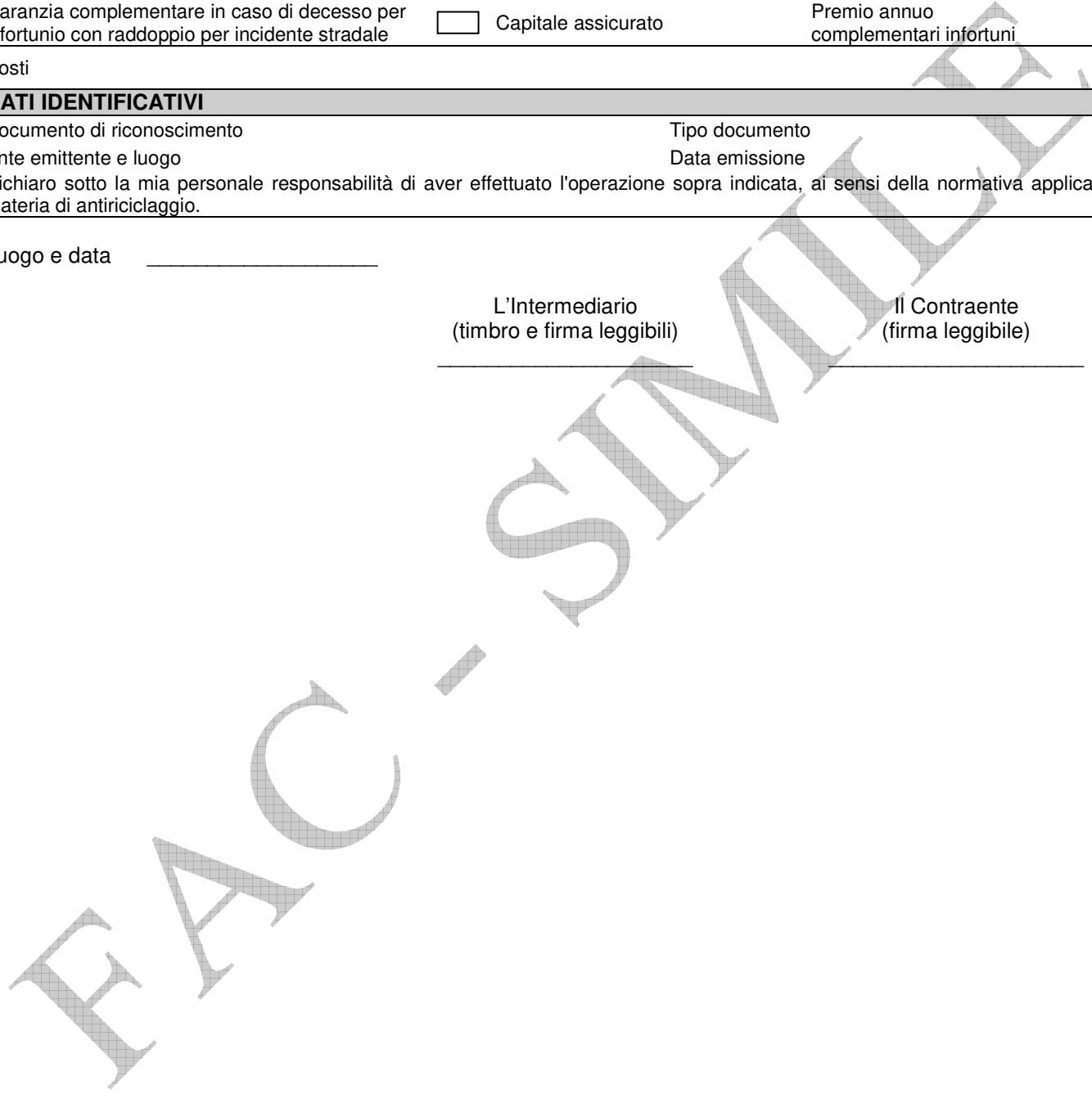
DATI IDENTIFICATIVI

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

Luogo e data _____

L'Intermediario
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL SET INFORMATIVO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA.

Il Contraente
(firma leggibile)

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

Il Contraente
(firma leggibile)

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 045.8372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia.

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

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

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

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

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

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

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data _____

L'Intermediario
(timbro e firma leggibili)

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

Il Contraente
(firma leggibile)

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

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

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

QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

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

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

Luogo e data _____

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

CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

La Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione 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, leptosirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto in merito dalle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

NORME SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

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

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

(**) Documentazione Finanziaria:

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

ACCERTAMENTI SANITARI

Scaglione di riferimento	Accertamenti sanitari richiesti
A	- Questionario sanitario standard - Test HIV (***) se il capitale assicurato supera i 200.000,00 Euro
B	Come la A più: - Rapporto di visita medica da parte del medico (****) (mod. 602 predisposto dalla Compagnia) - Esame delle urine effettuato in laboratorio - Colesterolemia totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Glicemia
C	Come la B più: - Elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro con valori di pressione arteriosa per ogni carico di lavoro secondo protocolli standard - Azotemia, Creatininemia, AST, ALT, Gamma G.T, Bilirubina totale e frazionata, elettroforesi proteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, VES, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, anti HCV

(***) 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.

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.