

Assicurazione temporanea 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 S.p.A.

Prodotto: CATTOLICA & PROTEZIONE TUTTA LA VITA

Data di aggiornamento: 23/04/2021 - 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 S.p.A., 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 S.p.A., Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta 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.

Società con Sede Legale in Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 R.D.L. 29/04/1923 numero 966) ed 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 1.807 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.164 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.018 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 458 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.866 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.449 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,83 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?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative alla prestazione prevista dal contratto:

- **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.
 - Il capitale iniziale, 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 60, non potrà essere superiore a 300.000,00 Euro, ridotto a 200.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 70.
 - 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.
- **Prestazione in caso di Malattia Terminale:**
 - La Compagnia offre una prestazione anticipativa definita "Terminal Illness"; questa garanzia prevede, nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, il pagamento immediato del capitale previsto in caso di decesso in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.
 - Le altre prestazioni principali previste dal contratto e le eventuali prestazioni complementari cesseranno una volta eseguito il

pagamento previsto dalla garanzia. Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto, nel caso abbia sottoscritto una forma assicurativa a premio annuo, a proseguire il versamento dei premi relativi alla prestazione principale e alle eventuali prestazioni complementari per la durata prevista.

• **Prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente:**

- La Compagnia garantisce, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza un'Invalidità Totale e Permanente, l'esonero dal pagamento dei premi residui.
- Successivamente all'attivazione di questa garanzia, le altre prestazioni principali e le eventuali prestazioni complementari rimarranno in vigore.

• **Prestazione in caso di Malattia Grave:**

- La Compagnia garantisce, nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato un tumore al seno o alla prostata, il pagamento immediato di un capitale pari al 5% del capitale previsto in caso di decesso, con il massimo di 20.000,00 euro.
- Successivamente all'attivazione di questa garanzia, le altre prestazioni principali e le eventuali prestazioni complementari rimarranno in vigore.

• **Prestazione complementare:**

- Il capitale della prestazione complementare rimane costante durante gli anni di vigenza della prestazione principale.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

- La garanzia "Terminal Illness" vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di scadenza della copertura.
- La garanzia "Malattia Grave" vale se la comunicazione di diagnosi del tumore avviene entro la data di scadenza della copertura.
- Qualora l'Assicurato dichiari in sede di sottoscrizione della proposta di polizza di aver già sofferto in passato di una qualsiasi forma tumorale (diagnosticata come benigna e/o maligna), limitatamente al seno e alla prostata, anche se risolta senza alcuna complicazione, la garanzia "Malattia Grave" non sarà resa operativa e verrà quindi esclusa dalla prestazione principale.
- L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla prestazione complementare sussiste quando, essendo in vigore la prestazione principale e corrisposta l'annualità di premio prevista sia per la prestazione principale sia per la prestazione complementare facoltativa, la morte dell'Assicurato sia conseguenza di infortunio e non si verifichi dopo che sia trascorso un anno dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio.
- **Condizioni di carenza per la garanzia in caso di Decesso:**
 - 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 infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
 - Di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
 - 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. L'Assicurato effettua la visita medica, propedeutica alla compilazione del rapporto di visita medica, con il supporto diretto della Compagnia che si avvale di un servizio fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terza sue partner, per l'integrazione sui dati dello stato di salute. All'Assicurato verrà fornita adeguata informativa sulle modalità di contatto e richiesta l'autorizzazione ad essere ricontattato. In assenza di tale autorizzazione, la Compagnia non potrà procedere alla sottoscrizione del contratto in tale modalità. In tal caso, cioè di mancata autorizzazione da parte dell'Assicurato, si potrà procedere - previa compilazione del questionario sanitario - qualora il capitale assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, presentando il rapporto di visita medica 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. In tale eventualità ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

- In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, 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 e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia. 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.
- Le condizioni di carenza per la garanzia di Malattia Terminale, di Invalidità Totale Permanente e di Malattia Grave sono le medesime per la prestazione in caso di Decesso sopra riportate.
- Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente o di Malattia Grave causati da:
 - Dolo del Contraente o del Beneficiario;
 - Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati;
 - Guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;
 - Partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
 - Conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
 - Atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
 - Tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione;
 - Abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucenogeni da parte dell'Assicurato;
 - Interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - Malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
 - Conseguenze di infortuni verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
 - Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
 - Svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
 - Svolgimento di un'attività sportiva pericolosa sia a scopo ricreativo che agonistico, come attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) con o senza guida, attività speleologiche con o senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme, rugby, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista;
 - Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
 - Infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate.
- Sono inoltre esclusi dalla Garanzia "Malattia Grave" le seguenti forme tumorali:
 - Carcinoma in situ o cancro in situ, displasia e tutte le condizioni pre-maligne;
 - Tumore della prostata, salvo che non sia progredito almento alla categoria T2N0M0 dalla classificazione TNM.
- È escluso dalla garanzia complementare il Decesso causato da:
 - Atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;
 - 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;
 - 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;
 - Conseguenze di infortuni preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
 - Abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucenogeni da parte dell'Assicurato;
 - Interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - Malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato;
 - Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
 - Svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino

esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;

- Pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine, scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrapprezzo;
- Inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico.



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 (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento 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 e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
 - in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela e l'età degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- In caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- 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 al verificarsi dell'evento assicurato, 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.

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

Denuncia dello stato di Malattia Terminale:

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una Malattia Terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di Malattia Terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Denuncia della presunta Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato:

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'infortunio o la malattia stessa, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano interessare la garanzia prestata. La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia dell'invalidità totale e permanente, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:

Copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'invalidità totale e permanente;
Certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;
Ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Denuncia della diagnosi di tumore dell'Assicurato:

La denuncia della malattia oggetto della specifica garanzia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata.

La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia del tumore, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:

- Copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia oggetto della garanzia;
- Relazione medica contenente la storia clinica completa dell'Assicurato, l'indicazione di quando sono sorti gli eventuali primi sintomi, l'indicazione della diagnosi e corredata di referti di esami specialistici, se esistenti;
- Ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento della malattia oggetto della garanzia.


Denuncia per la prestazione complementare morte per Infortunio o morte per Infortunio ed Infortunio conseguente da incidente stradale da circolazione.


La denuncia della morte per infortunio deve essere inviata, entro 10 giorni dalla data dell'evento, per iscritto dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. Nella denuncia deve essere indicato:

- Giorno, ora e luogo dell'evento;


	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.</p> <p>Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in uno stato estero.
	<p>Prescrizione:</p> <p>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.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla consegna di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.</p> <p>Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario.</p> <p><u>Malattia Grave:</u></p> <p>La prestazione derivante dalla garanzia "Malattia Grave" verrà corrisposta in caso di sopravvivenza dell'Assicurato nei 30 giorni successivi (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia della malattia oggetto della predetta garanzia. Una volta accertata e riconosciuta la malattia e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia versa il capitale previsto.</p> <p><u>Malattia Terminale:</u></p> <p>La Compagnia si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale o di tumore con propri medici di fiducia.</p> <p>Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato. Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.</p> <p><u>Prestazione complementare Morte per infortunio o Morte per Infortunio ed Infortunio conseguente da incidente stradale da circolazione,</u></p> <p>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 della prestazione 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.</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> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <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


	<p>termine dianzi indicato;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'Assicurazione; • 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. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <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	<ul style="list-style-type: none"> • Nella successiva tabella viene riportata, per ogni forma assicurativa prevista, la durata del periodo di pagamento dei premi: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Forma assicurativa</th> <th style="text-align: center;">Durata del periodo di pagamento premi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Premio annuo e capitale costante</td> <td style="text-align: center;">Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso, al verificarsi dell'evento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Premio annuo costante limitato e capitale decrescente</td> <td style="text-align: center;">Per un periodo limitato rispetto alla durata contrattuale, pari alla metà della durata contrattuale stessa, arrotondata al numero intero successivo, in caso di durata contrattuale di anni dispari o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Premio unico e capitale costante</td> <td style="text-align: center;">È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Premio unico e capitale decrescente</td> <td style="text-align: center;">È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • A richiesta del Contraente, per le forme assicurative a premio annuo, è consentito corrispondere il premio in rate semestrali, trimestrali o mensili applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, pari rispettivamente al 2,50%, 3,00%, 3,75%. La singola rata di premio, in caso di frazionamento infra-annuale, non può risultare inferiore a 30,00 Euro. • Il Contraente può richiedere, entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria di polizza, una variazione del frazionamento del premio. • Il premio annuo relativo alla prestazione complementare, comprensivo dell'imposta di legge, sarà corrisposto con le stesse modalità del premio relativo alla prestazione principale. 	Forma assicurativa	Durata del periodo di pagamento premi	Premio annuo e capitale costante	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso, al verificarsi dell'evento	Premio annuo costante limitato e capitale decrescente	Per un periodo limitato rispetto alla durata contrattuale, pari alla metà della durata contrattuale stessa, arrotondata al numero intero successivo, in caso di durata contrattuale di anni dispari o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.	Premio unico e capitale costante	È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza	Premio unico e capitale decrescente	È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza
Forma assicurativa	Durata del periodo di pagamento premi										
Premio annuo e capitale costante	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso, al verificarsi dell'evento										
Premio annuo costante limitato e capitale decrescente	Per un periodo limitato rispetto alla durata contrattuale, pari alla metà della durata contrattuale stessa, arrotondata al numero intero successivo, in caso di durata contrattuale di anni dispari o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.										
Premio unico e capitale costante	È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza										
Premio unico e capitale decrescente	È dovuto un premio unico alla stipula della Polizza										
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 la prestazione complementare Infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge. • 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 recesso. 										
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.										

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p><u>Il contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni per tutte le forme assicurative previste ad esclusione del prodotto a premio annuo costante limitato e capitale decrescente che prevede una durata minima del contratto pari a 3 anni. Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore ad anni 45, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.</u></p> <p><u>Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio/sede 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</u></p>

	<p><u>di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto deve essere risolto.</u></p> <p>La garanzia "Terminal Illness" si estingue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di mancato pagamento del premio annuo previsto dal contratto, nel caso abbia sottoscritto una polizza in forma assicurativa a premio annuo; <p>La garanzia "Malattia grave" si estingue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di mancato pagamento del premio annuo previsto dal contratto; <p>La prestazione complementare si estingue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di mancato pagamento del premio annuo della prestazione principale;
Sospensione	<p><u>In caso di sottoscrizione di una forma assicurativa a premio annuo il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagate, 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.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • <u>Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>Il Contraente ne faccia espressa richiesta;</u> ◦ <u>La Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.</u> <p>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.</p>

 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 sopra indicati. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.
Recesso	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 sopra indicati. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

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

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è destinato a clienti che vogliono tutelare economicamente i propri beneficiari dal rischio di morte dell'Assicurato</p> <p>Sono assicurabili le persone fisiche che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Abbiano un'età, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, compresa tra i 18 anni compiuti e 70 anni.</u> 	

- Non svolgano una attività professionale, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive.
- Abbiano sottoscritto il Questionario Sanitario e si siano sottoposte eventualmente al preventivo accertamento delle condizioni di salute mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale.



Quali costi devo sostenere?

- **Costi gravanti sul premio**
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo o del premio unico.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

I costi gravanti sul premio per ogni forma assicurativa prevista sono rappresentati nella tabella che segue:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso:

Forma assicurativa	Costo fisso	Costi in percentuale
Premio annuo e capitale costante	50,00 Euro	11% del premio annuo al netto del costo fisso
Premio annuo costante limitato e capitale decrescente	50,00 Euro	15% del premio annuo al netto del costo fisso
Premio unico e capitale costante	5,00 Euro per ogni anno di durata con minimo 50,00 Euro	20% del premio unico al netto del costo fisso
Premio unico e capitale decrescente	5,00 Euro per ogni anno di durata con minimo 50,00 Euro	20% del premio unico al netto del costo fisso

Qualora il Contraente, per le sole forme assicurative a premio annuo, corrisponda il premio 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
Trimestrale	3,00% del premio annuo
Mensile	3,75% del premio annuo

I costi gravanti sul premio corrisposto per la prestazione complementare sono rappresentati nella tabella che segue.

Costi gravanti sul premio	11,00% del premio annuo al netto delle imposte di legge e degli eventuali interessi di frazionamento
----------------------------------	--

- **Costi per il 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 stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo.

Premio annuo a capitale costante:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sui premi annui	Costo fisso di 50,00 euro	9,98%
Costi gravanti sui premi annui	11,00% del premio annuo (al netto del costo fisso)	90,72%
Costi di frazionamento	2,50%	0,00%
Costi gravanti sul premio della prestazione complementare	11,00%	90,72%

Premio annuo costante limitato e capitale decrescente:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sui premi annui	Costo fisso di 50,00 euro	9,17%
Costi gravanti sui premi annui	15,00% del premio annuo (al netto del costo fisso)	61,15%
Costi di frazionamento	2,50%	0,00%

Premio unico e capitale costante:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio unico	Costo fisso compresa tra 50,00 e 150,00 euro	5,00%
Costi gravanti sul premio unico	20,00% del premio annuo (al netto del costo fisso)	25,00%

Premio unico e capitale decrescente:

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sul premio unico	Costo fisso compresa tra 50,00 e 150,00 euro	5,00%
Costi gravanti sul premio unico	20,00% del premio annuo (al netto del costo fisso)	25,00%

• **Costi dei PPI:**

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – 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.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia 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 .

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

quali:	
Mediazione	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). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Le eventuali controversie di natura medica relative alle garanzie previste dal contratto, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.</p> <p>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 o della normativa applicabile. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> 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%.</p> <p><u>Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi</u> 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.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> 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.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.</p>

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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 LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.