

Unicredit Protezione Vita



Contratto di assicurazione temporanea
per il caso di morte
a capitale costante a premio annuo

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- Modulo di Proposta-Certificato;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta-Certificato.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

SOMMARIO

1. NOTA INFORMATIVA	pag. 2
2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di:	pag. 14
2.1 Condizioni di Assunzione del Contratto	pag. 25
2.2 Allegato A: elenco delle Professioni e degli Sport amatoriali e/o professionali dell'Assicurato	pag. 27
3. GLOSSARIO	pag. 28
4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA	pag. 30
5. MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO	pag. 32

1. NOTA INFORMATIVA UNICREDIT PROTEZIONE VITA (TARIFFA TA1)

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUGLI SCONTI E SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIVA S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 - sito internet: www.avivaitalia.it

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

AVIVA S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale nr. 186 del 10/08/1989).

La Società di Revisione è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede in Via della Chiusa, 2 - 20123 MILANO.

2. CONFLITTO DI INTERESSI

AVIVA S.p.A., Impresa di Assicurazione che commercializza il presente Contratto, è controllata da Aviva Italia Holding S.p.A. che detiene una quota di partecipazione del 50 per cento del capitale sociale dell'Impresa di Assicurazione ed è partecipata da AVIVA Italia S.p.A. (1 per cento) e da UniCredit S.p.A. (49 per cento).

AVIVA S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc. Il prodotto viene distribuito da Unicredit Banca S.p.A. appartenente al Gruppo Bancario UniCredit.

L'Impresa di Assicurazione, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il presente Contratto ha durate prestabilite pari a 5, 10 o 15 anni. La durata del Contratto è l'intervallo di tempo, compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la data di scadenza, durante il quale è operante la Garanzia morte ed ha validità il Contratto. La scelta della durata deve essere valutata dal Contraente e viene indicata nella Proposta-Certificato.

La durata della garanzia Malattia Grave è fissa e pari ai primi 5 anni di durata del Contratto.

L'Impresa di Assicurazione a fronte del versamento di premi annui si impegna a corrispondere:

- una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- una prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato nel corso dei primi cinque anni.

I premi versati vengono utilizzati dall'Impresa di Assicurazione per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto, rischio di mortalità e Malattia Grave.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di assicurazione liquida al Beneficiario caso morte il capitale assicurato.

Il capitale assicurato sarà scelto dal Contraente alla data di sottoscrizione della Proposta-Certificato e non potrà essere inferiore a Euro 150.000,00.

La prestazione è garantita dal versamento dei premi annui costanti per l'intera durata contrattuale.

È escluso dalla Garanzia il decesso dell'Assicurato causato da:

- **dolo del Contraente, Assicurato o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso dell'assicurato avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio** e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- **decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato**. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane;
- **esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" delle Condizioni di Assicurazione.**

Nel caso in cui il Contraente sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" delle Condizioni di Assicurazione e/o i paesi a rischio indicati dal Ministero degli Esteri l'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro **i primi 18 mesi dalla data di decorrenza** del Contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi annui o delle rate di premio versate relativi a tale garanzia.

Il periodo di carenza non si applica nel caso in cui il decesso sia conseguenza diretta di un infortunio o di malattie infettive acute o di shock anafilattico.

PER AIDS

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

In questo caso l'Impresa di Assicurazione corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test Anti HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

Il Contraente dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nella Proposta-Certificato relative alla compilazione del Questionario Anamnestico.

PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL'ASSICURATO

L'Impresa di Assicurazione garantisce al Beneficiario il pagamento anticipato di una parte del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, qualora nel corso dei primi cinque anni di durata del Contratto e prima del compimento del 65° anno di età venga diagnosticata, e successivamente accertata, una delle Malattie Gravi indennizzabili di seguito indicate che comporti una invalidità permanente superiore al 5%, e nel mese successivo alla data di diagnosi (periodo di qualificazione) non si verifichi il decesso dell'Assicurato.

L'importo della prestazione viene scelto dal Contraente e indicato nella Proposta-Certificato ed è pari a 25.000,00 Euro ovvero a 50.000,00 Euro.

Di conseguenza la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato sarà decurtata dell'importo corrisposto a titolo di anticipazione.

Per Beneficiario della Garanzia Malattia Grave si intende l'Assicurato. Nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa il Beneficiario potrà essere, a scelta del Contraente, il Contraente stesso oppure l'Assicurato. In ogni caso il Beneficiario viene indicato nella Proposta-Certificato.

A partire dalla prima ricorrenza successiva, annuale o mensile, alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave (da inviare entro 6 mesi dalla data di diagnosi) fino al termine del Contratto il Contraente è tenuto al pagamento dei premi non ancora scaduti relativi alla sola prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. In caso di mancato riconoscimento della Malattia Grave da parte dell'Impresa di Assicurazione il Contraente dovrà corrispondere entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di mancato riconoscimento della Malattia Grave le rate di premio arretrate relative alla stessa. Tali rate di premio non saranno gravate da interessi. La Garanzia Malattia Grave sarà riattivata automaticamente alle ore 24 del giorno di pagamento di tutte le rate arretrate. Trascorso il termine dei 30 giorni la Garanzia Malattia Grave termina e non potrà essere più riattivata.

Il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta e non sono previsti pagamenti a seguito di una seconda Malattia Grave.

Nel caso in cui non venga diagnosticata all'Assicurato una delle seguenti malattie durante il periodo di validità della Garanzia, alla scadenza della stessa nessun capitale deve essere corrisposto dall'Impresa di Assicurazione, i premi pagati per tale Garanzia restano acquisiti da quest'ultima e il Contratto resterà in vigore per l'intera prestazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato.

La Garanzia Malattia Grave ha una durata fissa pari a cinque anni a partire dalla data di decorrenza del Contratto.

Ai fini del presente Contratto sono considerate Malattie Gravi le seguenti patologie:

ICTUS

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale,
- b) emorragia di vaso intracranico, oppure
- c) embolizzazione da fonte extracranica

INFARTO MIOCARDICO

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

- a) anamnesi di precordialgia tipica,
- b) nuove alterazioni elettrocardiografiche
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CANCRO

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- a) carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme pre-maligne e i tumori non invasivi;
- b) cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- c) i melanomi cutanei, Stadio 1 (≤ 1 mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- d) ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- e) tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

La prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato, non è accordata se la Malattia Grave era stata già diagnosticata anteriormente all'entrata in vigore del Contratto.

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di Malattia Grave che insorgono in seguito a:

- **dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale o imprudente che causino – anche indirettamente – o che arrechino pregiudizi fisici riconducibili ad una delle Malattie Gravi coperte;**
- **intossicazioni** conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- **sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche o assunzione di farmaci o sostanze fitoterapiche, in assenza di prescrizione mediche;**
- **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo**, naturali o provocati, e da accelerazione di **particelle atomiche** (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- **esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali** di cui all'Allegato A.
Nel caso in cui il Contraente sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" delle Condizioni di Assicurazione l'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

In questi casi nulla è dovuto al Beneficiario e il Contratto rimane in vigore per l'intera prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. A partire dalla prima ricorrenza, annuale o mensile, successiva alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave, fino al termine del Contratto, il Contraente è tenuto al pagamento dei premi non ancora scaduti relativi alla sola prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

La Garanzia Malattia Grave prevede **un periodo di carenza di diciotto mesi** durante il quale, se viene certificata la diagnosi di grave malattia, l'Impresa di Assicurazione non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita a restituire la parte dei premi versati relativi a tale garanzia.

In tal caso, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà, dalla prima ricorrenza annuale o mensile successiva alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave, a corrispondere i premi dovuti per la prestazione caso morte.

Il Contraente dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nella Proposta-Certificato relative alla compilazione del Questionario Anamnestico.

4. PREMIO ANNUO

La prestazione assicurata è garantita previa corresponsione di premi annui, il primo da versare alla data di conclusione del Contratto e gli altri alle successive ricorrenze.

Nella Proposta-Certificato viene indicato l'importo del premio annuo da corrispondere.

I premi possono essere corrisposti in un'unica soluzione annuale o con frazionamento mensile.

In caso di rateazione mensile del premio gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari al 4% del premio annuo.

Ad ogni ricorrenza annua il Contraente può modificare il frazionamento del premio precedentemente scelto.

Il premio annuo è calcolato in annualità anticipate e deve essere corrisposto per tutta la durata contrattuale. In caso contrario il Contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite dall'Impresa di Assicurazione.

Il premio annuo è determinato in base:

- al capitale caso morte assicurato;
- al capitale assicurato in caso di Malattia Grave;
- alla durata contrattuale;
- all'età di ingresso dell'Assicurato;
- al sesso dell'Assicurato.

In caso di durata del Contratto superiore a 5 anni il premio annuo diminuirà dalla quinta ricorrenza annuale in quanto la prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato ha una durata fissa pari a cinque anni.

Il pagamento dei premi annui - o delle rate di premio in caso di frazionamento del premio – viene effettuato mediante addebito automatico, sul conto corrente bancario del Contraente.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del Contraente con la Banca, l'impresa di Assicurazione provvede ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio, quali ad esempio bonifico bancario o nuova delega RID.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

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

IMPORTI DI PREMIO

Capitale caso morte assicurato Euro 150.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 25.000,00

Sesso: Maschio

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	233,25	233,25	211,50	249,75	228,00
35	248,50	274,00	238,50	325,00	289,50
40	328,00	397,00	340,50	485,50	429,00
45	524,75	635,75	535,50	794,75	694,50
50	819,75	1.028,25	879,00	1.295,25	1.146,00

Capitale caso morte assicurato Euro 200.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 25.000,00

Sesso: Maschio

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	303,75	303,75	282,00	325,75	304,00
35	319,50	353,50	318,00	421,50	386,00
40	418,50	510,50	454,00	628,50	572,00
45	666,25	814,25	714,00	1.026,25	926,00
50	1.043,25	1.321,25	1.172,00	1.677,25	1.528,00

Capitale caso morte assicurato Euro 150.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 50.000,00

Sesso: Maschio

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	255,00	255,00	211,50	271,50	228,00
35	284,00	309,50	238,50	360,50	289,50
40	384,50	453,50	340,50	542,00	429,00
45	625,00	736,00	535,50	895,00	694,50
50	969,00	1.177,50	879,00	1.444,50	1.146,00

Capitale caso morte assicurato Euro 200.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 50.000,00

Sesso: Maschio

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	325,50	325,50	282,00	347,50	304,00
35	355,00	389,00	318,00	457,00	386,00
40	475,00	567,00	454,00	685,00	572,00
45	766,50	914,50	714,00	1.126,50	926,00
50	1.192,50	1.470,50	1.172,00	1.826,50	1.528,00

Capitale caso morte assicurato Euro 150.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 25.000,00

Sesso: Femmina

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	140,50	148,00	108,00	161,50	121,50
35	182,25	200,25	135,00	227,25	162,00
40	260,25	296,25	193,50	336,75	234,00
45	380,25	428,25	285,00	494,25	351,00
50	540,25	622,75	427,50	729,25	534,00

Capitale caso morte assicurato Euro 200.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 25.000,00

Sesso: Femmina

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	174,00	184,00	144,00	202,00	162,00
35	221,25	245,25	180,00	281,25	216,00
40	312,75	360,75	258,00	414,75	312,00
45	459,25	523,25	380,00	611,25	468,00
50	655,25	765,25	570,00	907,25	712,00

Capitale caso morte assicurato Euro 150.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 50.000,00

Sesso: Femmina

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	180,50	188,00	108,00	201,50	121,50
35	247,50	265,50	135,00	292,50	162,00
40	363,00	399,00	193,50	439,50	234,00
45	523,50	571,50	285,00	637,50	351,00
50	735,50	818,00	427,50	924,50	534,00

Capitale caso morte assicurato Euro 200.000,00

Capitale assicurato in caso di Malattia Grave Euro 50.000,00

Sesso: Femmina

ETÀ	DURATA (ANNI)				
	5	10		15	
		PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI	PRIMI 5 ANNI	ANNI SUCCESSIVI
30	214,00	224,00	144,00	242,00	162,00
35	286,50	310,50	180,00	346,50	216,00
40	415,50	463,50	258,00	517,50	312,00
45	602,50	666,50	380,00	754,50	468,00
50	850,50	960,50	570,00	1.102,50	712,00

C. INFORMAZIONI SUGLI SCONTI E SUL REGIME FISCALE

5. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Ai sottoscrittori del Contratto UNICREDIT PROTEZIONE VITA che sono correntisti e dipendenti in attività o quiescenza del Gruppo Bancario UniCredit sono riservate condizioni agevolate: la parte di premio annuo relativa alla Garanzia Caso Morte viene scontata dell'8,7%, mentre quella relativa alla Garanzia Malattia Grave viene scontata del 14,6%.

6. REGIME FISCALE

6.1 IMPOSTE SUI PREMI

I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

6.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dal Contraente per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.291,14. Il Contraente avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dal Contraente nel periodo d'imposta a fronte di:

- eventuali altre polizze stipulate dopo il 31.12.2000: assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte da qualsiasi causa derivante, polizze anche in forma mista per la quota attinente al rischio di morte, polizze che garantiscono il rischio di invalidità permanente da infortunio o da malattia non inferiore al 5% ovvero rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- eventuali polizze Vita/Infortuni stipulate entro il 31.12.2000 e sulle quali il Contraente prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

Nel rispetto dei predetti limiti, gli oneri per i premi relativi al presente Contratto possono pertanto beneficiare della detrazione anche in relazione alla componente relativa alla garanzia in caso di Malattia Grave.

6.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizione in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di morte dell'Assicurato e in caso di Malattia Grave dell'Assicurato sono esenti da IRPEF.

Nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa ecc.) la cui applicazione può dipendere da una serie di elementi quali la natura del rapporto fra il Contraente e l'Assicurato.

6.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'Art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti dalle imposte di successione.

6.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

7.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente - unitamente all'Assicurato se persona diversa – ha sottoscritto la Proposta-Certificato ed ha versato il primo premio annuo - o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio -.

7.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto disposto dal successivo punto 7.3 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni del Contratto decorrono dalle ore 24 della data di conclusione dello stesso.

La Società invia al Contraente una Lettera Contrattuale di Conferma, nella quale viene indicata la data di decorrenza del Contratto.

7.3 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa e di conseguenza l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte dell'Impresa di Assicurazione ed in cui viene indicata la data di decorrenza – sono in ogni caso subordinate:

- alla sottoscrizione del Questionario Anamnestico

ovvero

- all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extraprofessionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione ed il pagamento del primo premio annuo - o rata di premio in caso di frazionamento mensile -, verrà effettuato qualora l'Impresa di Assicurazione abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dal Questionario Anamnestico o dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

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

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

L'Impresa di Assicurazione comunicherà al Contraente, tramite il Soggetto Incaricato, gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

Nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano interessati ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" delle Condizioni di Assicurazione l'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

7.4 SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto può essere stipulato se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, abbia un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 65, mentre alla data di scadenza del Contratto l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 70 anni.

La prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato sarà efficace se l'Assicurato, alla data di decorren-

za del Contratto, abbia un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 60, mentre alla data di scadenza della prestazione l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 65 anni.

Nel caso in cui alla data di decorrenza l'Assicurato abbia un'età compresa tra 61 e 65 anni il presente contratto prevederà solo la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

Si precisa che l'età all'ingresso dell'Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza indicata in polizza; nel caso mancassero meno di sei mesi dalla data di decorrenza al prossimo compleanno, l'età, ai fini assicurativi, verrà aumentata di un anno.

7.5 DURATA E SCADENZA DEL CONTRATTO

Per durata contrattuale si intende l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza del Contratto e durante la quale sono operanti le prestazioni previste dal Contratto.

Al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato il Contraente sceglie la durata del Contratto, che deve essere pari a 5, 10 o 15 anni. La durata della garanzia Malattia Grave è fissa e pari a 5 anni.

8. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

8.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- interruzione del pagamento dei premi;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- alla scadenza del Contratto.

8.2 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Nel caso in cui il Contraente non corrisponda una annualità di premio - o una rata di premio successiva alla prima annualità - entro 30 giorni dalla corrispondente ricorrenza del Contratto, questo viene sospeso.

Se il Contraente corrisponde l'annualità di premio arretrata - o le rate di premio - entro i primi 6 mesi dalla scadenza dell'annualità di premio - o rata di premio - non pagata, il Contratto viene automaticamente riattivato.

Trascorsi 6 mesi dalla ricorrenza anniversaria, la riattivazione può avvenire soltanto dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta dell'Impresa di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione può, a sua discrezione, richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

Non sarà più possibile riattivare il Contratto qualora siano trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima annualità di premio - o rata di premio - non pagata, con perdita dei premi già versati.

La riattivazione del Contratto comporta – dalle ore 24 del giorno del pagamento dei premi arretrati - il pieno ripristino del Contratto per l'intero suo valore.

Il presente articolo non si applica nell'ipotesi di sospensione della parte di premio relativa alla Garanzia Malattia Grave a seguito della denuncia della stessa.

9. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

10. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto.

Il recesso libera il Contraente e l'Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto che, al momento dell'applicazione del recesso, viene estinto all'origine.

Il Contraente per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato

– all’Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo:

AVIVA S.p.A.
Viale Abruzzi, 94
20131 Milano.

L’Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

11. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

11.1 PAGAMENTI DELL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all’Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l’esistenza dell’obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 18 “LIQUIDAZIONI” delle Condizioni di Assicurazione.

11.2 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell’articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l’evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

12. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

In base all’art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto si applica la legge italiana.

13. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il Contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione, in tal caso spetta all’Impresa di Assicurazione proporre quella da utilizzare.

14. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all’Impresa di Assicurazione:

AVIVA S.p.A.
Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano
telefax 02 2775 245
reclami_vita@avivaitalia.it.

Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi:

ISVAP
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale 21- 00187 Roma
telefono 06.42.133.1,

I reclami indirizzati all’ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l’individuazione del soggetto di cui si lamenta l’operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

15. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

L’Impresa di Assicurazione si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque variazio-

ne della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni contenute nella Nota Informativa anche a seguito di modifiche nella normativa applicabile al Contratto, l'Impresa di Assicurazione si impegna a fornire tempestivamente al Contraente ogni necessaria precisazione.

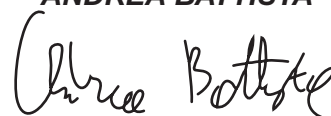
16. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni del Contraente possono essere fatte pervenire oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94; 20131 Milano (Italia) -, anche al Soggetto Incaricato presso cui è appoggiato il Contratto.

* * * * *

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

***Il Rappresentante Legale
ANDREA BATTISTA***



2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE UNICREDIT PROTEZIONE VITA (TARIFFA TA1)

ART. 1 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi dell'Impresa di Assicurazione risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla Proposta-Certificato, dal Questionario Anamnestico, dalla Lettera Contrattuale di Conferma e dalle eventuali Appendici al Contratto firmate dall'Impresa di Assicurazione stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI

AVIVA S.p.A., Impresa di Assicurazione che commercializza il presente Contratto, è controllata da Aviva Italia Holding S.p.A. che detiene una quota di partecipazione del 50 per cento del capitale sociale dell'Impresa di Assicurazione ed è partecipata da AVIVA Italia S.p.A. (1 per cento) e da UniCredit S.p.A. (49 per cento).

AVIVA S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc. Il prodotto viene distribuito da Unicredit Banca S.p.A. appartenente al Gruppo Bancario UniCredit.

L'Impresa di Assicurazione, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

ART. 3 PRESTAZIONI DEL CONTRATTO

Il presente Contratto prevede:

- una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato;
- una prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato.

3.1 PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale - qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso e **con le limitazioni previste all'Art. 8.1 "RISCHIO DI MORTE" ed all'Art. 9.1 "CARENZA GARANZIA CASO MORTE"** che seguono - la AVIVA S.p.A., di seguito definita Impresa di Assicurazione, garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale assicurato.

La prestazione è garantita dal versamento di premi annui costanti dovuti per l'intera durata contrattuale.

L'importo del capitale assicurato sarà scelto dal Contraente ed indicato nella Proposta-Certificato ma non potrà essere inferiore a Euro 150.000,00.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i premi annui pagati resteranno acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

3.2 PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL'ASSICURATO

In caso di Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato, e successivamente accertata dall'Impresa di Assicurazione, che comporti una invalidità permanente superiore al 5%, nel corso dei primi cinque anni di durata contrattuale e prima del compimento del 65° anno di età - **con le limitazioni previste all'Art. 8.2 "RISCHIO MALATTIA GRAVE" ed all'Art. 9.2 "CARENZA GARANZIA MALATTIA GRAVE"** che seguono - la AVIVA S.p.A., di seguito definita Impresa di Assicurazione, garantisce al Beneficiario il pagamento anticipato di una parte del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato.

L'importo della prestazione viene liquidato in unica soluzione a condizioni che sia trascorso il periodo di qualificazione di un mese come indicato al successivo Art. 10.2. ed è pari – a seconda del capitale scelto dal Contraente ed indicato nella Proposta-Certificato - a 25.000,00 Euro ovvero a 50.000,00 Euro.

Di conseguenza la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato sarà decurtata dell'importo corrisposto a titolo di anticipazione.

Per Beneficiario della Garanzia Malattia Grave si intende l'Assicurato. Nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa il Beneficiario potrà essere, a scelta del Contraente, il Contraente stesso oppure l'Assicurato. In ogni caso il Beneficiario viene indicato nella Proposta-Certificato.

A partire dalla prima ricorrenza, annuale o mensile, successiva alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave (da inviare entro 6 mesi dalla data di diagnosi) fino al termine del Contratto il Contraente è tenuto al pagamento dei premi non ancora scaduti relativi alla sola prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. In caso di mancato riconoscimento della Malattia Grave da parte dell'Impresa di Assicurazione il Contraente dovrà corrispondere entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di mancato riconoscimento della Malattia Grave le rate di premio arretrate relative alla stessa. Tali rate di premio non saranno gravate da interessi. La Garanzia Malattia Grave sarà riattivata automaticamente alle ore 24 del giorno di pagamento di tutte le rate arretrate.

Trascorso il termine dei 30 giorni la Garanzia Malattia Grave termina e non potrà essere più riattivata. Il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta e non sono previsti pagamenti a seguito di una seconda Malattia Grave.

Nel caso in cui non venga diagnosticata all'Assicurato una delle seguenti malattie durante il periodo di validità della Garanzia, alla scadenza della stessa nessun capitale deve essere corrisposto dall'Impresa di Assicurazione, i premi pagati per tale Garanzia restano acquisiti da quest'ultima e il Contratto resterà in vigore per l'intera prestazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato.

Ai fini del presente Contratto sono considerate Malattie Gravi le seguenti patologie:

ICTUS

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale,
- b) emorragia di vaso intracranico, oppure
- c) embolizzazione da fonte extracranica

INFARTO MIOCARDICO

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

- a) anamnesi di precordialgia tipica,
- b) nuove alterazioni elettrocardiografiche e
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CANCRO

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme pre-maligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 (≤ 1 mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

ART. 4 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

ART. 5 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente – unitamente all'Assicurato se persona diversa – ha sottoscritto la Proposta-Certificato ed ha versato il primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio -.

ART. 6 DECORRENZA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto disposto dal successivo Art. 7 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni di cui all'Art. 3 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto.

L'Impresa di assicurazione invia al Contraente una Lettera Contrattuale di Conferma, nella quale viene indicata la data di decorrenza del Contratto come conferma dell'entrata in vigore del Contratto.

ART. 7 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa e di conseguenza l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte dell'Impresa di Assicurazione ed in cui viene indicata la data di decorrenza – sono in ogni caso subordinate:

- alla sottoscrizione del Questionario Anamnestico

ovvero

- all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extraprofessionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" che segue. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione ed il pagamento del primo premio annuo, verrà effettuato qualora l'Impresa di Assicurazione abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dal Questionario Anamnestico o dalla documentazione emergano fattori di rischio, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio;

ovvero

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che possano prevedere l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi;

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

L'Impresa di assicurazione comunicherà al Contraente, tramite il Soggetto Incaricato, gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

ART. 8 ESCLUSIONI

8.1 RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

È escluso dalla Garanzia soltanto il decesso dell'Assicurato causato da:

- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **stato di ubriachezza:**
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso dell'assicurato avvenga alla guida di un veicolo;

-
- in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
 - **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio** e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
 - **decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato**. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane;
 - **esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A"**.

Nel caso in cui il Contraente sia interessato ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" delle Condizioni di Assicurazione e/o i paesi a rischio indicati dal Ministero degli Esteri l'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

8.2 [RISCHIO MALATTIA GRAVE](#)

La prestazione in caso di diagnosi di Grave malattia dell'Assicurato, non è accordata se la Malattia Grave era stata già diagnosticata anteriormente all'entrata in vigore del Contratto.

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di Malattia Grave che insorgono in seguito a:

- **dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici riconducibili ad una delle Malattie Gravi coperte;**
- **intossicazioni** conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- **sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo**, naturali o provocati, e da accelerazione di **particelle atomiche** (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- **esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali** di cui all'Allegato A.

Nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano interessati ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 "ALLEGATO A" l'Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

In questi casi nulla è dovuto al Beneficiario, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere, dalla prima ricorrenza annuale o mensile successiva alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave, i premi dovuti per la prestazione caso morte.

ART. 9 [CLAUSOLA DI CARENZA](#)

9.1 [CARENZA GARANZIA CASO MORTE](#)

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica ed accettando le modalità e gli oneri che

ne dovessero derivare, il presente Contratto viene assunto con la sola compilazione del Questionario Anamnestico, presente nella Proposta-Certificato.

Di conseguenza, resta convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 18 mesi dalla data di decorrenza del Contratto, e lo stesso sia al corrente con il pagamento dei premi, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi annui o delle rate di premio versate.

L'Impresa di Assicurazione non applicherà entro i primi 18 mesi dalla data di decorrenza del Contratto la limitazione sopra indicata, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del Contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post - vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
- di infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per infortunio (fermo restando quanto indicato all'Art. 8.1 "RISCHIO DI MORTE" che precede) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza la morte.

PER AIDS

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

In questo caso l'Impresa di Assicurazione corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Tale esclusione può essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente Contratto, allo specifico test Anti HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

9.2 CARENZA GARANZIA MALATTIA GRAVE

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica ed accettando le modalità e gli oneri che ne dovessero derivare, il presente Contratto viene assunto con la sola compilazione del Questionario Anamnestico, presente nella Proposta-Certificato.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempre che l'Impresa di Assicurazione non ritenga indispensabile che egli si sottoponga agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di diciotto mesi durante il quale, se viene certificata la diagnosi di grave malattia, l'Impresa di Assicurazione non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita a restituire la parte dei premi versata relativi a tale garanzia.

In tal caso, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere, dalla prima ricorrenza annuale o mensile successiva alla data di ricevimento da parte dell'Impresa di Assicurazione della comunicazione relativa alla Malattia Grave, i premi dovuti per la prestazione caso morte.

ART. 10 CONDIZIONI RELATIVE ALLA MALATTIA GRAVE

10.1 INSORGENZA DELLA MALATTIA GRAVE

La Malattia Grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi in particolare alla data indicata nella documentazione medica fornita al momento della denuncia.

10.2 PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL'ASSICURATO

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da Malattia Grave, verrà corrisposto se l'Assicurato sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di un mese, indipendentemente da un suo eventuale decesso in epoca successiva.

Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia così come stabilito al precedente

punto 10.1 “INSORGENZA DELLA MALATTIA”. Nel caso di decesso dell’Assicurato durante il periodo di qualificazione, il capitale assicurato con la presente copertura non verrà corrisposto.

Trascorso il periodo di qualificazione, qualora l’Assicurato sia stato colpito da una Malattia Grave e nel caso si verifichi il decesso prima della liquidazione del capitale assicurato, l’Impresa di Assicurazione corrisponderà agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente Garanzia indicato all’Art. 3.2 “PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL’ASSICURATO”

10.3 ACCERTAMENTO DELL’INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L’Impresa di Assicurazione si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave con propri medici di fiducia.

L’Impresa di Assicurazione provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l’indennizzabilità della Malattia Grave e renderà nota la propria decisione entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta.

Nella fase di accertamento l’Assicurato si impegna a fornire con veridicità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dall’Impresa di Assicurazione, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili all’Impresa di Assicurazione per stabilire cause ed effetti della Malattia Grave indennizzabile.

Una volta accertata l’indennizzabilità della Malattia Grave insorta, l’Impresa di Assicurazione provvederà a liquidare il capitale assicurato per la Malattia Grave entro i successivi 30 giorni.

10.4 DECESSO ANTERIORE ALL’ACCERTAMENTO DELL’INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA

Il decesso dell’Assicurato avvenuto conseguentemente al verificarsi della Malattia Grave, debitamente certificato dall’Autorità competente, o verificatosi prima che l’Impresa di Assicurazione ne abbia accertato l’indennizzabilità, e comunque dovuto ad una delle Malattie Gravi ricomprese nella copertura assicurativa, equivale ad avvenuto riconoscimento della indennizzabilità della Malattia Grave ed implica la liquidazione del corrispondente capitale assicurato, semprechè sia trascorso il periodo di qualificazione di cui al precedente punto 10.2 “PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL’ASSICURATO”.

Qualora l’Impresa di Assicurazione non riconosca la Malattia Grave indennizzabile, il Contraente o l’Assicurato hanno facoltà, entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell’accertamento, di promuovere, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dall’Impresa di Assicurazione, l’altro dal Contraente o dall’Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell’arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede l’Impresa di Assicurazione. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, con parere vincolante.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promuovere qualsiasi tipo di accertamento sanitario.

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

Qualora il Collegio Arbitrale esprima un parere favorevole sulla diagnosi di una Malattia Grave, la corresponsione del capitale avverrà entro 30 giorni dalla data di comunicazione del suddetto parere.

Qualora siano scaduti i termini previsti per la corresponsione della prestazione assicurata, come in precedenza riportato, saranno dovuti gli interessi moratori.

In tal caso l’Impresa di Assicurazione corrisponderà all’Assicurato il capitale assicurato relativo alla Garanzia Malattie Gravi.

ART. 11 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRATTO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto.

Il recesso libera il Contraente e l’Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto che, al momento dell’applicazione del recesso, viene estinto all’origine.

L’Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rim-

borsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

Il Contraente per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato, ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo:

AVIVA S.p.A.
Viale Abruzzi, 94
20131 Milano.

ART. 12 DURATA DEL CONTRATTO

Il Contratto può essere stipulato per durate pari a 5, 10 o 15 anni e si estingue solo nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- interruzione del pagamento dei premi;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- alla scadenza del Contratto.

La scelta della durata deve essere fatta dal Contraente ed indicata in Proposta-Certificato.

La Garanzia Malattia Grave ha una durata fissa pari ai primi 5 anni di durata del Contratto. Per durate contrattuali superiori a 5 anni, dopo il quinto anno sarà in vigore solo la garanzia in caso di morte.

ART. 13 LIMITI DI ETÀ

Il presente Contratto prevede che alla data di decorrenza del Contratto l'età dell'Assicurato debba essere non inferiore a 18 anni e superiore a 65 anni, mentre l'età a scadenza debba essere non superiore a 70 anni.

La prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato sarà efficace se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, abbia un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 60, mentre alla data di scadenza della prestazione l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 65 anni.

Nel caso in cui alla data di decorrenza l'Assicurato abbia un'età compresa tra 61 e 65 anni il presente contratto prevederà solo la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

Si precisa che l'età all'ingresso dell'Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza indicata in polizza; nel caso mancassero meno di sei mesi dalla data di decorrenza al prossimo compleanno, l'età, ai fini assicurativi, verrà aumentata di un anno.

ART. 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita, corrisponde, per la durata contrattuale prescelta, premi annui, di cui il primo dovuto alla data di sottoscrizione della Proposta-Certificato e gli altri alle successive ricorrenze.

Il premio annuo è determinato in base:

- al capitale caso morte assicurato;
- al capitale assicurato in caso di Malattia Grave;
- alla durata contrattuale;
- all'età di ingresso dell'Assicurato;
- al sesso dell'Assicurato.

L'importo del capitale assicurato caso morte non può essere inferiore a Euro 150.000,00.

L'importo del capitale assicurato in caso di Malattia Grave dovrà essere pari a Euro 25.000,00 o Euro 50.000,00.

Il Contraente può corrispondere il premio annualmente o con frazionamento mensile. In questo caso gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari al 4% del premio annuo.

Anche se frazionato in più rate, il premio della prima annualità deve essere corrisposto interamente; in caso contrario il Contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite dall'Impresa di Assicurazione.

In caso di durata del Contratto superiore a 5 anni il premio annuo diminuirà dalla quinta ricorrenza annuale in quanto la prestazione in caso di Malattia Grave dell'Assicurato ha una durata fissa pari a cinque anni.

Inoltre ad ogni ricorrenza annua il Contraente può modificare il frazionamento del premio precedentemente scelto.

Il pagamento dei premi annui - o delle rate di premio in caso di frazionamento del premio – viene effettuato mediante addebito automatico, sul conto corrente bancario del Contraente.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del Contraente con la Banca, l'impresa di Assicurazione provvede ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio, quali ad esempio bonifico bancario o nuova delega RID.

ART. 15 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI ANNUI

Il mancato pagamento di una annualità - o di una rata di premio successiva alla prima annualità - determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, la sospensione di entrambe le Garanzie, qualunque sia il numero di premi annui corrisposti fino a quel momento.

Se il Contratto non viene riattivato con le modalità indicate all'Art. 16 "RIATTIVAZIONE" che segue, questo si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Impresa di Assicurazione non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

ART. 16 RIATTIVAZIONE

Entro i primi 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha diritto a riattivare il Contratto versando tutte le rate di premio arretrate.

Trascorsi 6 mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta dell'Impresa di Assicurazione, che può richiedere accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di riattivazione, il Contratto entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, non è più possibile riattivare il Contratto.

Il presente articolo non si applica nell'ipotesi di riattivazione riguardante la sospensione della parte di premio relativa alla Garanzia Malattia Grave a seguito della denuncia della stessa.

ART. 17 RISCATTO, PRESTITI

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

ART. 18 LIQUIDAZIONI

Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa di Assicurazione debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto come indicato nei successivi punti.

18.1 LIQUIDAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Le domande di liquidazione, inviate dai Beneficiari designati, con allegata la documentazione richiesta, devono:

- pervenire all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Soggetto Incaricato, e previa compilazione del Modulo di richiesta di liquidazione

oppure

-
- essere inviate direttamente a AVIVA S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano - a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - solo nei casi strettamente particolari in cui non si abbia alcun rapporto diretto con il Soggetto Incaricato.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria.

I 30 giorni vengono considerati dal momento in cui la richiesta di liquidazione arriva:

- al Soggetto Incaricato

oppure

- alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione, con invio a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata dalla seguente documentazione:

- per ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - sarà necessario compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente appurate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui tale richiesta venga inviata a mezzo posta, e quindi non sia possibile l'autenticazione delle dichiarazioni, ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
 - **copia di un valido documento di identità;**
 - **copia del codice fiscale;**
 - **dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario** con indicati l'intestatario del conto corrente bancario e il codice IBAN;
- **certificato di morte** dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **relazione sanitaria rilasciata dal medico curante** attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- **se vi è stato ricovero in ospedale**, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio** autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunale (funzionario incaricato), in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità);
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) HA lasciato testamento: **verbale di pubblicazione** e **copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio** autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato), in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità);
- **decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata.

Inoltre, in presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Società si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione delle circostanze in cui si è verificato il Decesso dell'Assicurato, quali:

- **copia del referto autoptico** e delle indagini tossicologiche;
- **verbale dell'Autorità Giudiziaria** intervenuta sul luogo del decesso da presentarsi nel caso in cui la morte sia avvenuta in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio;
- **decreto di Chiusura** Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica.

18.2 LIQUIDAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave, il Beneficiario deve inviare la domanda di liquidazione, allegando la documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato:

- all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Soggetto Incaricato, e previa compilazione del Modulo di richiesta di liquidazione

oppure

- direttamente a AVIVA S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano - a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - solo nei casi strettamente particolari in cui non si abbia più alcun rapporto diretto con il Soggetto Incaricato.

La denuncia deve essere effettuata entro 6 mesi dall'epoca di diagnosi di Malattia Grave o dal momento cui l'avente diritto ne abbia avuto la possibilità.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di accertamento della Malattia Grave da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Resta inteso che, al fine di consentire all'Impresa di Assicurazione la verifica della diagnosi di Malattia Grave certificata, dovranno essere fornite all'Impresa di Assicurazione:

- il certificato medico attestante la natura della Malattia e l'epoca di insorgenza (data di diagnosi).
- la documentazione predisposta dall'Impresa di Assicurazione, debitamente compilata in tutte le sue parti dal medico che ha certificato la diagnosi di Malattia Grave all'Assicurato;
- la copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la Malattia Grave;
- ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di salute dell'Assicurato;
- per il Beneficiario, sarà sufficiente compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente appurate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui tale richiesta venga inviata a mezzo posta, e quindi non sia possibile l'autenticazione delle dichiarazioni, il Beneficiario o il suo tutore dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
 - **copia di un valido documento di identità;**
 - **copia del codice fiscale;**
 - **dichiarazione sottoscritta** con indicati il codice IBAN e l'intestatario del conto corrente bancario.

Inoltre l'Assicurato dovrà sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici ritenuti necessari dall'Impresa di Assicurazione stessa, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

* * *

L'Impresa di Assicurazione si riserva di chiedere ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire la liquidazione dell'importo spettante.

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa di Assicurazione provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

ART. 19 **BENEFICIARI**

19.1 PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

La designazione dei Beneficiari fatta dal Contraente e riportata nella Proposta-Certificato può essere in qualsiasi momento modificata con richiesta del Contraente all'Impresa di Assicurazione, tramite apposita comunicazione da presentare al Soggetto Incaricato oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa di Assicurazione rispettivamente la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del Contraente, se non con il consenso dei Beneficiari stessi;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di voler profittare del beneficio.

19.2 PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL'ASSICURATO

Il Beneficiario della prestazione in caso di Malattia Grave è l'Assicurato.

Il diritto all'indennità per Malattia Grave è di carattere personale: se l'Assicurato muore prima che il capitale assicurato sia stato corrisposto essendo già trascorso il periodo di qualificazione, la prestazione assicurata in caso di Malattia Grave verrà liquidata agli eredi legittimi dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa il Beneficiario potrà essere, a scelta del Contraente, il Contraente stesso oppure l'Assicurato.

ART. 20 DUPLICATO DELLA PROPOSTA-CERTIFICATO

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Proposta-Certificato, il Contraente o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato a proprie spese e responsabilità.

ART. 21 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come costituirlo in pegno in favore di un terzo o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando l'Impresa di Assicurazione, dietro comunicazione scritta del Contraente inviata tramite il Soggetto Incaricato o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice al Contratto.

Nel caso di vincolo, le operazioni di liquidazione richiedono l'assenso scritto del vincolatario.

Nel caso di pegno, le operazioni di liquidazione devono essere richieste dal creditore pignoratizio che si sostituisce in tutto e per tutto al Contraente cedente, mentre le operazioni di variazione contrattuale devono essere richieste dal Contraente con assenso scritto del creditore pignoratizio.

ART. 22 IMPOSTE

Le imposte presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari ed aventi diritto, secondo le norme di Legge vigenti.

ART. 23 ARROTONDAMENTI

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che l'Impresa di Assicurazione farà al Contraente all'Assicurato ed ai Beneficiari saranno indicati con due decimali.

Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra avverrà con il criterio commerciale, e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 24 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal Contratto.

2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO

Il presente Contratto viene stipulato con la sola compilazione del “QUESTIONARIO ANAMNESTICO” presente nella Proposta-Certificato - fatto salvo quanto stabilito all’Art. 8 “ESCUSIONI” ed all’Art. 9 “CLAUSOLA DI CARENZA” delle Condizioni di Assicurazione - e alla Condizione che il Contratto venga stipulato per capitali assicurati fino a Euro 250.000,00.

L’Impresa di Assicurazione, ai fini dell’emissione del Contratto, si riserva di chiedere accertamenti sanitari solo nei seguenti casi:

- se dalla compilazione del Questionario Anamnestico presente nella Proposta-Certificato emergano fattori di rischio;
- relativamente ad un capitale assicurato in caso di morte superiore a 250.000,00.

In tali casi l’emissione del Contratto è riservata alla Direzione dell’Impresa di Assicurazione ed il pagamento della prima annualità del premio annuo, o della prima rata di premio, verrà effettuato qualora l’Impresa di Assicurazione abbia comunicato l’accettazione del rischio.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, l’Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di:

- rifiutare l’assunzione del rischio;

ovvero

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l’applicazione di eventuali sovrappremi o l’esclusione di specifici rischi;

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

L’Impresa di Assicurazione comunicherà al Contraente, tramite il Soggetto Incaricato, gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

Indipendentemente dall’età dell’Assicurato e dall’importo di capitale assicurato l’Impresa di Assicurazione valuta l’attività professionale, extra professionale e sportiva svolta dall’Assicurato, prevede l’applicazione di eventuali sovrappremi ed esclude dalla Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 “ALLEGATO A” che segue.

Nel caso in cui il Contraente e l’Assicurato siano interessati ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al punto 2.2 “ALLEGATO A”, l’Impresa di Assicurazione si riserva di valutare il rischio derivante dall’esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Contratto viene assunto dall'Impresa di Assicurazione con modalità diverse a seconda del capitale assicurato in caso di morte.

Qui di seguito vengono illustrate le diverse modalità di assunzione:

CAPITALE ASSICURATO	RICHIESTE
Pari a € 150.000,00 (solo per eliminare il periodo di carenza)	<ul style="list-style-type: none">- Rapporto di visita medica (su apposito modulo Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario- Esame completo delle urine
Da € 150.000,01 a € 250.000,00 (solo per eliminare il periodo di carenza)	<ul style="list-style-type: none">- Rapporto di visita medica (su apposito modulo Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario- Esame completo delle urine- ECG a riposo e da sforzo massimale con tutti i tracciati- Esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, HBs-Ag e HcV , Anti HIV
Da € 250.000,01 a € 750.000,00	<ul style="list-style-type: none">- Rapporto di visita medica (su apposito modulo Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario- Esame completo delle urine- ECG a riposo e da sforzo massimale con tutti i tracciati con valori di pressione arteriosa- Ecografia addominale completo- RX torace (2 proiezioni)- Esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, HBs-Ag e HcV , Anti HIV, GOT (attualmente ALT) , GPT (attualmente AST) Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Elettroforesi proteica, Proteinemia Totale, Fosfatasi Alcalina, Tempo di protrombina, Emocromo con formula e conta piastrinica
Oltre € 750.000,01	<ul style="list-style-type: none">- Rapporto di visita medica (su apposito modulo Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario- Esame completo delle urine- ECG a riposo e da sforzo massimale con tutti i tracciati con valori di pressione arteriosa- Ecografia addominale completo- RX torace (2 proiezioni)- Ecocardiogramma- Visita cardiologia- Esami del sangue: Azotemia, Glicemia, VES, Creatininemia, Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, HBs-Ag e HcV , Anti HIV, HCV, GOT (attualmente ALT), GPT (attualmente AST) , Gamma GT, Bilirubinemia totale e frazionata, Elettroforesi proteica, Proteinemia Totale, Fosfatasi Alcalina, Tempo di protrombina, Emocromo con formula e conta piastrinica, PSA (solo per gli uomini)- Questionario Finanziario

2.2 ALLEGATO A: ELENCO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI DELL'ASSICURATO (da considerarsi esclusi dalla copertura assicurativa)

Nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano interessati ad includere nella Garanzia le professioni e gli sport amatoriali e/o professionali di cui al presente "ALLEGATO A" l'Impresa di assicurazione si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività professionali e sport amatoriali e/o professionali solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

PROFESSIONI

- Collaudatore Auto /Moto
- Collaudatore Veicoli Marini/Aerei
- Giornalista corrispondente estero
- Guida Alpina
- Istruttore Subacqueo
- Lavoratore su Piattaforme Offshore
- Militare in genere
- Palombaro
- Pilota Civile
- Pilota Militare
- Sommozzatore
- Tecnico impianti petroliferi

SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI

- Alpinismo
- Arrampicata sportiva
- Automobilismo
- Bob
- Bodyboard
- Jumping/Repelling
- Deltaplano
- Go-kart
- Motociclismo
- Motonautica
- Paracadutismo
- Parapendio
- Pesca Subacquea
- Rafting
- Regate / Vela
- Salto dal trampolino con sci o idrosci
- Sci Alpinismo
- Speleologia
- Subacquea
- Torrentismo
- Tuffi
- Volo

3. GLOSSARIO

UNICREDIT PROTEZIONE VITA

(TARIFFA TA1)

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Beneficiario della Garanzia Malattia Grave e con il Contraente. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario in caso di morte dell'Assicurato: persona fisica o giuridica designata nella Proposta-Certificato dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente, e che riceve la prestazione caso morte quando si verifica l'evento assicurato;

Beneficiario della Garanzia Malattia Grave: l'Assicurato; solo nel caso in cui il Contraente eserciti attività d'impresa il Beneficiario potrà essere, a scelta del Contraente, il Contraente stesso oppure l'Assicurato;

Capitale Assicurato in caso di morte: in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del Capitale al Beneficiario;

Capitale Assicurato in caso di Malattia Grave: in caso Malattia Grave dell'Assicurato nel corso dei primi cinque anni dalla data di decorrenza, anticipazione del Capitale Assicurato in caso di morte all'Assicurato;

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del Contratto di Assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo l'Impresa di Assicurazione non corrisponde il capitale assicurato;

Conclusione del Contratto: il Contratto si considera concluso quando viene sottoscritta la Proposta-Certificato da parte del Contraente e da parte dell'Assicurato, – se persona diversa – e viene versato il primo premio annuo - o la prima rata di premio -;

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 annui costanti all'Impresa di Assicurazione;

Contratto: Contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente all'Assicurato (decesso o Malattia Grave dell'Assicurato);

Data di decorrenza: data dalla quale decorrono le Garanzie previste dal Contratto ovvero le ore 24 della data di conclusione del Contratto. La data di decorrenza è indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma;

Durata del Contratto: intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la Garanzia caso morte ed ha validità il Contratto. Questo Contratto può essere stipulato per durate fisse pari a 5, 10 o 15 anni;

Durata della prestazione in caso di Malattia Grave: intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la Garanzia Malattia Grave. La durata della garanzia è fissa e pari ai primi 5 anni di durata del Contratto;

Impignorabilità e inesquestrabilità: principio secondo cui le somme dovute dall'Impresa di Assicurazione al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare;

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere all'Impresa di Assicurazione per tutta la durata contrattuale, solo se l'Assicurato è in vita;

Proposta-Certificato: è il documento con il quale si dà corso al Contratto e che ne attesta la stipulazione;

Questionario Anamnestico: modulo, contenuto nella Proposta-Certificato, costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Impresa di Assicurazione utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione;

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti;

Riattivazione: facoltà, data al Contraente, di riprendere il pagamento dei premi nel caso in cui il Contratto sia stato sospeso per tutte le garanzie assicurate. Tale facoltà può essere esercitata entro 12 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata;

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del Contratto;

Impresa di Assicurazione: - AVIVA S.p.A. - autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il contraente stipula il Contratto di Assicurazione;

Soggetto Incaricato: sportello della Banca appartenente al Gruppo Bancario UniCredit presso cui è stato stipulato il Contratto;

Sospensione: facoltà data al Contraente, a determinate condizioni, di sospendere il pagamento dei premi;

Spese: oneri a carico del presente Contratto che vengono calcolati sul premio annuo;

Valuta di denominazione: Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro.

4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali l'Impresa di Assicurazione informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

** Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da AVIVA S.p.A., da Società del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Impresa di Assicurazione chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso – contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Impresa di Assicurazione ha necessità di trattare anche dati "sensibili" (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali), in particolare quelli idonei a rilevare lo stato di salute, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi - come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri -. Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, l'Impresa di Assicurazione di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

AVIVA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati la nostra Impresa di Assicurazione non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

MODALITÀ D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/ confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. L'Impresa

di Assicurazione utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto dell'Impresa di Assicurazione, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto dell'Impresa di Assicurazione (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, l'Impresa di Assicurazione precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

L'Impresa di Assicurazione informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

Servizio Privacy - AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474
– email privacy_vita@avivaitalia.it

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

COD. PRODOTTO AGENZIA RETE BANCA SPORTELLO COLLOCATORE		PROPOSTA DI ADESIONE N. POLIZZA N.
CONTRAENTE		
Cognome e Nome		
Luogo e data di nascita		
Indirizzo		
Documento di identità		Numero
Ente, Luogo e Data rilascio		
Codice fiscale		Sesso
Professione Attività economica:		Sottogruppo
		Gruppo/Ramo
ASSICURATO		
Cognome e Nome		
Luogo e data di nascita		
Indirizzo		
Documento di identità		Numero
Ente, Luogo e Data rilascio		
Codice fiscale		Sesso
Professione Attività economica:		Sottogruppo
		Gruppo/Ramo
BENEFICIARIO CASO MORTE: BENEFICIARIO DELLA GARANZIA MALATTIA GRAVE:		
<input type="checkbox"/> L'impresa Contraente		
<input type="checkbox"/> L'assicurato		
Attenzione: la scelta del Beneficiario della Garanzia Malattia Grave può essere effettuata solo se il Contraente esercita attività d'impresa.		
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO		
Premio totale		Frazionamento
Premio per la garanzia morte		Premio per la garanzia Malattia Grave
Capitale assicurato in caso di morte		Capitale assicurato in caso di Malattia Grave
Data di decorrenza		Data di scadenza
Durata pagamento premi garanzia morte		Durata contrattuale garanzia morte anni
Durata pagamento premi garanzia Malattia Grave 5		Durata della garanzia Malattia Grave anni 5
MODALITÀ DI PAGAMENTO		
Il pagamento del premio annuo viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi annui, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.		
AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO		
Il Correntista autorizza la Banca ad addebitare i premi annui costanti sul proprio conto corrente		
codice IBAN: _____		
		IL CONTRAENTE _____
DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE		
Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:		
Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Conclusione del Contratto; Decorrenza del Contratto; Efficacia della copertura Assicurativa; Esclusioni; Clausola di Carenza; Sospensione del pagamento dei premi annui; Liquidazioni.		
LUOGO E DATA _____		IL CONTRAENTE _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO:

- il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'informativa sulla privacy e la presente Proposta-Certificato che definiscono il Contratto;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti – ai sensi dell'art.49 comma 1 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario e consegnato in occasione del primo Contatto);
- il documento contenente – ai sensi dell'art.49 del Regolamento ISVAP n.5/2006 – i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario).

LUOGO E DATA _____

IL CONTRAENTE _____

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente potrà recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente e l'Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

L'Impresa di Assicurazione entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

LUOGO E DATA _____

IL CONTRAENTE _____

DICHIARAZIONI

I sottoscritti Contraente ed Assicurato :

- confermano che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Proposta-Certificato – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;
- prendono atto che il Contratto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato e il pagamento del primo premio annuo – o rata di premio, in caso di frazionamento del premio –, è concluso e che AVIVA S.p.A. – l'Impresa di Assicurazione –, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla presente Proposta-Certificato, fatti salvi l'ultimo comma dell'Articolo "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- prendono atto che la prestazione assicurativa decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione del Questionario Anamnestico di seguito riportato;

ovvero

- all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione ed il pagamento del primo premio annuo – o rata di premio, in caso di frazionamento del premio -, verrà effettuato qualora l'Impresa di Assicurazione abbia comunicato l'accettazione del rischio;

L'Impresa di Assicurazione invia al Contraente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del premio da parte dell'Impresa di Assicurazione e che riporta i dati identificativi del Contratto.

L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla Conclusione del contratto – nel caso dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo – di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.

- dichiarano di aver preso conoscenza dell'Articolo "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di AVER LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione e quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA _____

IL CONTRAENTE _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO:

- 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

LUOGO E DATA _____

IL CONTRAENTE _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Per capitale Assicurato fino a Euro 250.000,00. In caso di risposta affermativa si prega di fornire i relativi dettagli nella relativa tabella.

	SI	NO
1. Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni per le assicurazioni senza visita medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Attualmente è in attesa di ricovero, oppure è stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni o è stato assente dal lavoro per più di 15 giorni? (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad esempio: risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro), al di fuori dei normali controlli di routine, che abbiano dato esito fuori dalla norma, oppure e' in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ai suoi genitori, fratelli o sorelle sono stati riscontrati prima dell'età di 55 anni casi di malattie del cuore o cardiocircolatorie, ictus, infarto miocardio, ipertensione, malattie renali, diabete, cancro o tumori, malattie del colon-retto, polipi del colon? In caso affermativo si prega di specificare in allegato quale parente, quale malattia e l'età alla diagnosi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Indicare l'altezza in cmed il peso in Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fuma più di 20 sigarette al giorno? Se sì, specificare quantità in allegato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, visite mediche, cure o esami, oppure è previsto un ricovero, per una delle seguenti malattie: <ul style="list-style-type: none"> • Infarto, angina pectoris, soffi al cuore (difetti valvolari), arteriopatia occlusiva o ostruttiva, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica e/o dilatativa, altre malattie cardiovascolari? • Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma, emorragia cerebrale, epilessia, paralisi o altri disturbi del sistema nervoso o disturbi neuro psichici? • Cancro, qualsiasi tipo di tumore maligno o benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, mielomi, malattia di Hodgkin o altre malattie del sangue? • Diabete o presenza di glucosio nelle urine? • Talassemia Major, policitemia vera, trombocitopenia, piastrinosi, gammopatia monoclonale? • Malattie dell'apparato endocrino (alla tiroide, del surrene)? • Colite ulcerosa, morbo di Crohn, ulcera perforata o trattata chirurgicamente, pancreatite, epatite B o C (compreso lo stato di portatore), cirrosi epatica o altre malattie del fegato? • Insufficienza renale, nefriti, glomerulonefrite, nefrosi, rene policistico, calcolosi renale ricorrente, polipi o papillomi vescicali, ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (presenza di albumina o proteine nelle urine) ? • Broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema o malattie croniche dell'apparato respiratorio? • Malattie degli organi riproduttivi o della prostata, cisti ovariche, ovaio policistico, pap test anomalo? • Malattie del seno (mastopatia fibrocistica, mammografia o ecografia al seno anormale, noduli al seno) ? • Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Io sottoscritto Assicurato dichiaro di essere a conoscenza che il presente Questionario Anamnestico - Professionale e/o Sportivo - è soggetto a valutazione da parte dell'Impresa di Assicurazione e costituisce parte integrante delle condizioni di Assicurazione e delle eventuali Appendici al Contratto.

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità per la veridicità e completezza delle informazioni riportate nel presente questionario a norma degli articoli del codice civile 1892 – “Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave” e 1893 – “Dichiarazioni inesatte e reticenti senza colpa grave”.

Proscioglio dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'Impresa di Assicurazione ritenesse opportuno in ogni tempo di rivolgersi per informazioni ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso (o da chi per lui) comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative.

LUOGO E DATA _____

L'ASSICURATO _____

PER OGNI RISPOSTA AFFERMATIVA ALLE DOMANDE SOPRA RIPORTATE SI PREGA DI FORNIRE MAGGIORI DETTAGLI (ES. CURA, DECORSO, MOTIVO, ECC.):

DOMANDA N.	DATA	INFORMAZIONI ULTERIORI

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità per la veridicità e completezza delle informazioni riportate nel presente questionario a norma degli articoli del codice civile 1892 – “Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave” e 1893 – “Dichiarazioni inesatte o reticenti senza colpa grave”.

Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l’Impresa di Assicurazione ritenesse opportuno in ogni tempo di rivolgersi per informazioni ed acconsento che tali informazioni siano dall’Assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative.

LUOGO E DATA _____

L’ASSICURATO _____

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA

A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1. Et  _____

B. INFORMAZIONI SULLO STATO OCCUPAZIONALE

B1. Qual   attualmente il Suo stato occupazionale?

- lavoratore dipendente
- lavoratore autonomo
- pensionato
- non occupato

C. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA TUTELARE OVVERO PROTEGGERE

C1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare ovvero proteggere (familiari o altri soggetti)?

- S 
- No

D. INFORMAZIONI SULLA ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

D1. Attualmente quali aree di bisogno sono soddisfatte da coperture assicurative - previdenziali?

- risparmio/investimento
- previdenza/pensione complementare
- protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , Malattie Gravi)
- nessuna copertura assicurativa

D2. Le eventuali attuali coperture assicurative –previdenziali coprono appieno le Sue esigenze?

- S 
- No

E. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

E1. Qual   la Sua disponibilit  all'investimento?

- fino a 20.000 Euro
- oltre 20.000 e fino a 50.000 Euro
- oltre 50.000 Euro
- unica soluzione
- da rateizzare nel corso del contratto

F. INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE ASSICURATIVE – PREVIDENZIALI

F1. Quali aree di bisogno ritiene importante soddisfare con coperture assicurative - previdenziali?

- risparmio/investimento
- previdenza/pensione complementare
- protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , Malattie Gravi)

Le informazioni contenute nel presente questionario hanno consentito la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa alle esigenze del Contraente.

LUOGO E DATA _____

IL CONTRAENTE _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gli interessati (Contraente, Assicurato), preso atto dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) - allegata alle Condizioni di Assicurazione - acconsentono al trattamento dei loro dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

LUOGO E DATA _____ L'ASSICURATO _____ IL CONTRAENTE _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nella presente Proposta-Certificato.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la Proposta-Certificato assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

LUOGO E DATA _____ L'INTERMEDIARIO _____ IL CONTRAENTE _____

Generalità dell'acquisitore che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente/Assicurato ai sensi della vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

NOME E COGNOME (stampatello) _____

FIRMA _____

Aviva S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/08/1989) Capitale Sociale Euro 429.713.613,12 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284961 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269930153 Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A.