

# Temporanea Caso Morte a Premi Monoannuali con rinnovo



Prodotto Individuale dedicato agli  
Ex Dirigenti temporaneamente  
inoccupati, Quadri, Alte professionalità  
manageriali, regolarmente iscritti a  
Federmanager e/o Federprofessional  
e/o Assidai

## **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:**

- **Nota Informativa;**
- **Condizioni di Assicurazione;**
- **Glossario;**
- **Informazioni sul trattamento dei dati personali;**
- **Modulo di Proposta;**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE/ASSICURATO  
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA.**



# 1. NOTA INFORMATIVA

## TEMPORANEA CASO MORTE A PREMI MONOANNUALI CON RINNOVO (TARIFFA TG02)

---

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

Il Contraente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Aviva Life S.p.A., Impresa del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 - sito internet: [www.aviva.it](http://www.aviva.it) -

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_vita@aviva.com](mailto:assunzione_vita@aviva.com)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni\\_vita@aviva.com](mailto:liquidazioni_vita@aviva.com).

Aviva Life S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale N. 19305 del 31/3/1992. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006.

#### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Life S.p.A. è pari a Euro 29.794.801,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 25.480.080,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 4.314.721,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 207,38%.

L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La prestazione indicata di seguito, è operante per tutta la Durata del Contratto intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza e la Data di scadenza del Contratto.

La Durata del Contratto è monoannuale ed è rinnovabile di anno in anno fino ad un massimo di quattro volte consecutive.

La copertura assicurativa si rinnova a condizione che il Contraente/Assicurato sottoscriva, sulla Quietanza di rinnovo emessa dall'Impresa, apposita dichiarazione di invariato stato di salute rispetto a quanto dichiarato in fase di prima sottoscrizione e provveda al versamento del relativo premio di rinnovo.

Il Contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

#### A) PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Nel caso in cui il decesso del Contraente/Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale e la garanzia sia in vigore, l'Impresa liquida immediatamente ai Beneficiari del Contratto l'importo del capitale assicurato. **Il capitale assicurato non può essere inferiore a Euro 150.000,00 nè superiore a Euro 1.500.000,00.**

In caso di sopravvivenza del Contraente/Assicurato alla data di scadenza del Contratto in assenza di rinnovo, questo si intenderà estinto ed i premi annui corrisposti resteranno acquisiti dall'Impresa.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 9 "ESCLUSIONI" e all'Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione;
- per Contraenti/Assicurati di età compresa tra 18 anni (età anagrafica) e 70 anni (età assicurativa) alla Data di decorrenza o di rinnovo del Contratto e che alla data di scadenza o di scadenza del rinnovo non risulti di età superiore a 71 anni;

Per maggiori dettagli relativamente alla prestazione assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 4 "PRESTAZIONE ASSICURATA" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente copertura prevede un periodo di Carenza di 180 giorni dalla Data di decorrenza del Contratto. Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione.

Si raccomanda l'attenta lettura delle raccomandazioni e avvertenze contenute nella Proposta contrattuale relative in particolare alla Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato e alla eventuale compilazione del Questionario sanitario.

#### 4. PREMIO ANNUO

Il Contraente/Assicurato corrisponde, in via anticipata, per ciascun anno un Premio. L'importo del Premio annuo varia ad ogni eventuale rinnovo della copertura.

Il premio annuo è determinato in base:

- all'importo del capitale assicurato;
- all'età del Contraente/Assicurato alla Data di decorrenza del contratto (per il premio annuo iniziale) e alla Data di rinnovo (per i premi annui successivi);
- allo stato di salute del Contraente/Assicurato.

Al successivo Punto 2.3 "TABELLA DEI TASSI" delle Condizioni di Assicurazione si riportano i tassi di premio per 1.000,00 Euro di capitale differenziati in base all'età del Contraente/Assicurato calcolata alla data di decorrenza o alla data dei successivi rinnovi che, in ipotesi di **assenza di applicazione alcun sovrappremio**, verranno applicati al Capitale assicurato diviso per mille e determineranno gli importi di Premio annuo o di Premio annuo di rinnovo da corrispondere.

I premi annui possono essere corrisposti solo con frazionamento annuale.

Il pagamento del Premio Annuo iniziale e degli eventuali Premi di rinnovo può essere effettuato mediante bonifico bancario al Soggetto Incaricato in qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa o all'Impresa, in quest'ultimo caso l'importo va bonificato sul conto corrente intestato ad Aviva Life S.p.A. – Codice IBAN IT 97 P 05034 01625 000000100378 – BANCO POPOLARE SOCIETÀ COOPERATIVA.

**Non è ammesso in nessun caso il pagamento dei Premi in contanti.**

### C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

#### 5. COSTI

##### 5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE/ASSICURATO

##### 5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

**SPESE DI EMISSIONE:** l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dall'Impresa a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei Tassi di Premio, è pari al 18,00%.

I costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico del Contraente/Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi.

\* \* \* \* \*

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dagli Intermediari con riferimento al costo percentuale gravante sul premio:

<b>Quota-Parte Retrocessa agli Intermediari</b>
---

66,67%
--------

## 6. SCONTI

Il presente Contratto non prevede la possibilità di sconti sui costi applicati.

## 7. REGIME FISCALE - LEGALE

### 7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

### 7.2 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/Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dal Contraente/Assicurato 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/Assicurato prosegue il pagamento dei premi nel medesimo periodo di imposta.

### 7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di Decesso del Contraente/Assicurato non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986.

### 7.4 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 del Contraente/Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e sono esenti dalle imposte di successione.

### 7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

## 8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

### 8.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso, **previa valutazione del rischio da parte dell'Impresa**, quando il Contraente/Assicurato ha versato il Premio annuo iniziale e ha sottoscritto il Certificato di assicurazione emesso dall'Impresa stessa.

La conclusione del contratto è subordinata all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela previsti dalla disciplina antiriciclaggio.

L'emissione del Certificato di assicurazione è subordinata alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa nei termini previsti al punto 2.1. "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E rinnovo DEL CONTRATTO" che segue.

## **8.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Fatto salvo quanto disposto dal successivo punto 8.3 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni decorrono dalle ore 24 della data di Conclusione del Contratto; qualora il Certificato di assicurazione riporti una Data di decorrenza successiva, il Contratto decorre dalle ore 24 del giorno previsto nel Certificato stesso a condizione che sia già stato corrisposto il premio iniziale.

## **8.3 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 9 "ESCLUSIONI" e all'Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 24 del giorno di conclusione o di decorrenza - se successiva - a condizione che il Contraente/Assicurato abbia corrisposto il Premio annuo iniziale e abbia sottoscritto il Certificato di assicurazione emesso dall'Impresa.

Per maggiori dettagli relativi alla conclusione, alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia delle coperture assicurative si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO", dell'Art. 7 "DECORRENZA DEL CONTRATTO" e dell'Art. 8 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

## **8.4 SFERA DI APPLICAZIONE**

Il presente Contratto prevede che alla Data di decorrenza del Contratto l'età del Contraente/Assicurato non debba essere inferiore a 18 anni (anagrafici) nè superiore a 70 anni (assicurativi) mentre l'età a scadenza non debba essere superiore a 71 anni (assicurativi).

Il Contratto non è rinnovabile nei confronti dei Contraenti/Assicurati che abbiano, alla Data del rinnovo, un'età superiore ai 70 anni (assicurativi).

## **9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

### **9.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di Recesso;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della Durata contrattuale;
- alla scadenza del Contratto, fatto salvo il rinnovo dello stesso.

### **9.2 SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto è rinnovabile di anno in anno fino ad un massimo di quattro volte consecutive.

L'Impresa comunicherà al Contraente/Assicurato il premio annuo di rinnovo che dovrà essere corrisposto dal Contraente/Assicurato stesso.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato non corrisponda il Premio annuo entro 30 giorni dalla Data di rinnovo, il Contratto viene definitivamente estinto senza possibilità di riattivazione.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 15 "SOSPENSIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **10. 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.**

## **11. REVOCA DELLA PROPOSTA CONTRATTUALE**

Nella fase che precede la conclusione del Contratto il Contraente/Assicurato ha sempre la facoltà di revocare la Proposta contrattuale.

La revoca dovrà essere esercitata rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato e/o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata presso la Sede dell'Impresa al seguente indirizzo:

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14  
20161 Milano.

## **12. DIRITTO DI RECESSO**

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

---

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

Il Contraente/Assicurato per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi del Certificato di assicurazione – all'Impresa al seguente indirizzo:

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14  
20161 Milano.

L'Impresa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto.

### **13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE**

#### **13.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA**

L'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto – verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione indicata allo specifico Art. 18 "PAGAMENTI DELL'IMPRESA" delle Condizioni di Assicurazione.

**Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.113085.**

**Si richiama l'attenzione del Contraente affinché sia sua cura portare i Beneficiari a conoscenza della designazione, richiamando la loro attenzione in merito alla documentazione da produrre richiesta dall'Impresa.**

#### **13.2 PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione in base alla Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economica e delle Finanze.

### **14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

In base all'Art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 209/05) al Contratto si applica la Legge italiana.

### **15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO**

Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto sono redatti in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

### **16. RECLAMI**

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

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano  
telefax 02 2775 245  
reclami\_vita@aviva.com.

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 a:

IVASS  
Via del Quirinale 21 - 00187 Roma  
Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

---

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa 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, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

## **17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO**

L'Impresa comunica per iscritto al Contraente/Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare al Contraente/Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

Inoltre, sempre sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it), è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità al Contraente/Assicurato di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, il Contraente/Assicurato riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso.

Tramite l'Area Clienti il Contraente/Assicurato può consultare ad esempio le Condizioni Contrattuali, la prestazione assicurata, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

## **18. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO ALL'IMPRESA**

Le comunicazioni del Contraente/Assicurato possono essere fatte pervenire oltre che direttamente all'Impresa, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata ad Aviva Life S.p.A. – Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano (Italia), anche al Soggetto Incaricato presso cui è appoggiato il Contratto.

## **19. CONFLITTO DI INTERESSI**

L'Impresa è dotata di una procedura per l'individuazione e la gestione dei conflitti d'interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione, al fine di garantire che l'operato della stessa e dei propri intermediari non rechi pregiudizio agli interessi dei Contraenti, nel rispetto altresì degli obblighi di trasparenza e correttezza nei rapporti con la clientela.

In particolare la procedura è finalizzata a fare in modo che l'Impresa, a seconda della tipologia dei contratti offerti:

- si astenga dall'effettuare operazioni in cui vi sia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo, attraverso la sua preventiva individuazione;
- valuti l'eventuale inevitabilità del conflitto così individuato;
- effettui operazioni nell'interesse dei Contraenti alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione ed alla natura delle operazioni stesse;
- operi al fine di contenere i costi a carico dei Contraenti ed ottenere per loro il miglior risultato possibile, anche in relazione agli obiettivi assicurativi;
- si astenga dall'effettuare operazioni con frequenza non necessaria per la realizzazione degli obiettivi assicurativi;
- si astenga da ogni comportamento che possa avvantaggiare una gestione separata o un fondo interno a danno di un altro.



---

Aviva Life S.p.A, Impresa che commercializza il presente Contratto fa capo al Gruppo Inglese Aviva PLC è controllata al 100 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A..

Il prodotto viene distribuito in esclusiva da Agierre S.r.l., agenzia indipendente del Gruppo Aviva.

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, non sono state individuate situazioni passibili di conflitto di interesse.

In ogni caso l'Impresa opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

\* \* \* \* \*

***Aviva Life S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

***Il Rappresentante Legale***  
**ALBERTO VACCA**



Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### TEMPORANEA CASO MORTE A PREMI MONOANNUALI CON RINNOVO (TARIFFA TG02)

---

#### ART. 1 OBBLIGHI DELL'IMPRESA

Gli obblighi dell'Impresa risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla Proposta contrattuale, dal Certificato di assicurazione e dalle eventuali Appendici al Contratto firmate dall'Impresa stessa.

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

#### ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI

Aviva Life S.p.A, Impresa che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo Inglese Aviva PLC, è controllata al 100 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A..

Il prodotto viene distribuito in esclusiva da Agierre S.r.l. agenzia indipendente del Gruppo Aviva.

Nell'ambito di tali rapporti, non sono state individuate situazioni passibili di conflitto di interesse.

In ogni caso l'Impresa opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti/Assicurati e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

#### ART. 3 CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Il presente Contratto è riservato agli Ex Dirigenti di Aziende produttrici di beni e servizi temporaneamente inoccupati, Quadri, Alte Professionalità aziendali parificabili a Manager per tipologie di attività, regolarmente iscritti a Federmanager e/o Federprofessional e/o Assidai. Il Contratto è rinnovabile a norma del successivo Art. 12 "DURATA E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO" **soltanto qualora permangano i requisiti di cui al presente articolo.**

#### ART. 4 PRESTAZIONE ASSICURATA

Il presente Contratto prevede che, in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale – qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione del Contraente/Assicurato stesso e **con le limitazioni previste all'Art. 9 "ESCLUSIONI" ed all'Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA"** che seguono – Aviva Life S.p.A., di seguito definita Impresa, garantisca, ai Beneficiari designati, il pagamento del capitale assicurato. **Il capitale assicurato non potrà essere inferiore a Euro 150.000,00 nè superiore a Euro 1.500.000,00.**

In caso di sopravvivenza del Contraente/Assicurato alla Data di scadenza del Contratto e in assenza di rinnovo, il Contratto si intenderà estinto ed i Premi annui pagati sino a quel momento resteranno acquisiti dall'Impresa.

#### ART. 5 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

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

Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato devono essere esatte e complete.

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

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione il Contraente/Assicurato è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio laddove trasferito all'estero.

## ART. 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso, **previa valutazione del rischio da parte dell'Impresa**, quando il Contraente/Assicurato ha versato il premio annuo iniziale e ha sottoscritto il Certificato di assicurazione emesso dall'Impresa stessa.

La conclusione del Contratto e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D.Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

L'emissione del Certificato di assicurazione è subordinata alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa nei termini previsti al punto 2.1. "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E RINNOVO DEL CONTRATTO" che segue.

## ART. 7 DECORRENZA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto disposto dal successivo Art. 8 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" le prestazioni decorrono dalle ore 24 della data di Conclusione del Contratto; qualora il Certificato di assicurazione riporti una Data di decorrenza successiva, il Contratto decorre dalle ore 24 del giorno previsto nel Certificato stesso a condizione che sia già stato corrisposto il premio iniziale.

## ART. 8 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 9 "ESCLUSIONI" e all'Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" che seguono – dalle ore 24 del giorno di conclusione o di decorrenza - se successivo - a condizione che il Contraente/Assicurato abbia pagato il premio annuo iniziale e abbia sottoscritto il Certificato di assicurazione.

## ART. 9 ESCLUSIONI

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

**È escluso dalla Garanzia soltanto il decesso del Contraente/Assicurato causato da:**

- **dolo del Contraente/Assicurato o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva del Contraente/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/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **incidente di volo**, se il Contraente/Assicurato consapevolmente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto;
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **stato di ubriachezza**, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro ed il decesso sia conseguenza diretta del comportamento del Contraente/Assicurato stesso;
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo**, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- **decesso dovuto o correlato al soggiorno 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](http://www.viaggiasesicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/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 del Contraente/Assicurato**. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.
- **decesso dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata** (in mancanza di effettuazione di test HIV come previsto al successivo punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO")
- **Esercizio di uno degli sport** di cui al successivo punto 2.2 "ELENCO DEGLI SPORT ESCLUSI" se non è stato corrisposto il relativo sovrappremio per l'inclusione in garanzia.

---

In questi casi l'Impresa corrisponde ai Beneficiari designati, in luogo del Capitale Assicurato, la somma dei premi annui pagati al netto dei costi applicati di cui al punto 5.1.1. "COSTI GRAVANTI SUL PREMIO" della Nota Informativa.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato che svolge uno degli sport esclusi dalla copertura di cui al successivo punto 2.2 "ELENCO DEGLI SPORT ESCLUSI" sia interessato ad includere la pratica di tale sport in copertura, deve presentare all'Impresa stessa apposito questionario specifico; l'Impresa stabilisce particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi che verranno comunicati dall'Impresa al Contraente/Assicurato stesso.

#### **ART. 10 CLAUSOLA DI CARENZA**

Qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla Data di decorrenza e lo stesso abbia versato il Premio annuo iniziale, l'Impresa corrisponderà, in luogo del Capitale assicurato, una somma pari all'ammontare del premio stesso.

L'Impresa non applicherà i termini di Carenza di cui sopra, 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. 9 "ESCLUSIONE" 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.

L'Assicurato può, in ogni caso, sottoporsi volontariamente a visita medica al fine di eliminare/ ridurre i periodi di carenza secondo quanto previsto al successivo punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO - DOCUMENTAZIONE SANITARIA".

#### **ART. 11 DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO DEL CONTRATTO**

##### **11.1 DIRITTO DI REVOCA**

Nella fase che precede la conclusione del contratto il Contraente/Assicurato ha sempre la facoltà di revocare la Proposta Contrattuale. La revoca dovrà essere esercitata rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato e/o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata presso la Sede dell'Impresa al seguente indirizzo:

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14  
20161 Milano.

L'Impresa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca, rimborsa al Contraente/Assicurato i premi da questi eventualmente corrisposti. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

##### **11.2 DIRITTO DI RECESSO**

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

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

L'Impresa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

---

Il Contraente/Assicurato per esercitare il diritto di recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato, ovvero inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi del Certificato di assicurazione – all’Impresa al seguente indirizzo:

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14  
20161 Milano.

#### **ART. 12 DURATA E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

La Durata del Contratto è monoannuale; il Contratto è rinnovabile di anno in anno, nel rispetto di quanto stabilito al precedente Articolo 3 “CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ” e al successivo Articolo 13 “LIMITI DI ETÀ” fino ad un massimo di quattro volte consecutive.

Al fine del rinnovo il Contraente/Assicurato dovrà sottoscrivere apposita dichiarazione di invariato stato di salute secondo quanto stabilito al successivo punto 2.1 “CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO”.

Il Contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di Recesso;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della Durata del Contratto;
- alla Data di scadenza, fatto salvo il rinnovo del Contratto.

#### **ART. 13 LIMITI DI ETÀ**

Il presente Contratto prevede che alla Data di decorrenza dello stesso l’età del Contraente/Assicurato non debba essere inferiore a 18 anni (anagrafici) nè superiore a 70 anni (assicurativi) mentre l’età a scadenza non debba essere superiore a 71 anni (assicurativi).

Il Contratto non è rinnovabile nei confronti dei Contraenti/Assicurati che abbiano, alla Data del rinnovo, un’età superiore ai 70 anni d’età (assicurativa).

Si precisa che l’età all’ingresso del Contraente/Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla Data di decorrenza indicata nel Certificato di assicurazione; nel caso mancassero sei o meno di sei mesi dalla Data di decorrenza al successivo compleanno, l’età, ai fini assicurativi, verrà aumentata di un anno.

#### **ART. 14 PREMIO ANNUO**

Il Contraente/Assicurato corrisponde, in via anticipata per ciascun anno un Premio annuo.

Il presente Contratto è rinnovabile di anno in anno fino ad un massimo di quattro volte consecutive.

L’importo del Premio annuo varia ad ogni eventuale rinnovo.

In caso di rinnovo del Contratto, i Premi annui successivi al primo, comunicati dall’Impresa attraverso emissione di apposita Quietanza di rinnovo, vengono pagati alle successive Date di rinnovo che coincidono con le ricorrenze contrattuali. Il Premio di rinnovo deve essere versato dal Contraente/Assicurato entro 30 giorni dalla rispettiva Data di rinnovo; trascorso tale periodo il Contratto non sarà più rinnovabile e si considererà definitivamente estinto.

I Premi possono essere versati solo con frazionamento annuale.

Il Premio annuo è determinato in base:

- all’importo del Capitale assicurato;
- all’età del Contraente/Assicurato alla Data di decorrenza (per il Premio annuo iniziale) e/o alla Data di rinnovo (per i Premi di rinnovo). L’età del Contraente/Assicurato è calcolata dalla data di compimento degli anni senza tener conto delle frazioni d’anno inferiori ai sei mesi e computando come anno intero le frazioni di anno uguali o superiori a sei mesi;
- allo stato di salute del Contraente/Assicurato.

Al punto 2.3 “TABELLA DEI TASSI” che segue vengono riportati i tassi di premio per 1.000,00 Euro di capitale assicurato distinti per età che, applicati al Capitale assicurato diviso per mille, determinano il Premio annuo da corrispondere. I tassi riportati non tengono conto di eventuali sovrappremi sanitari o sportivi applicati dall’Impresa nei casi di cui al successivo punto 2.1. “CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO”.

---

Il primo premio viene pagato al momento della sottoscrizione del Certificato di assicurazione da parte del Contraente/Assicurato e viene quietanzato direttamente sullo stesso.

Il pagamento del Premio annuo iniziale e/o dei successivi Premi di rinnovo può essere effettuato mediante bonifico bancario al Soggetto Incaricato in qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa o all'Impresa, in quest'ultimo caso l'importo va bonificato sul conto corrente intestato a Aviva Life S.p.A. – Codice IBAN IT 97 P 05034 01625 000000100378 – BANCO POPOLARE SOCIETÀ COOPERATIVA.

**Non è ammesso in nessun caso il pagamento dei Premi annui in contanti.**

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

#### **ART. 15 SOSPENSIONE DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto è rinnovabile di anno in anno fino ad un massimo di quattro volte consecutive.

L'Impresa comunicherà al Contraente/Assicurato il premio annuo di rinnovo che dovrà essere corrisposto dal Contraente/Assicurato stesso.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato non corrisponda il Premio di rinnovo entro 30 giorni dalla Data di rinnovo, il Contratto viene definitivamente estinto senza possibilità di riattivazione.

#### **ART. 16 RISCATTO, PRESTITI**

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

#### **ART. 17 BENEFICIARI**

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto all'Impresa. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento del Contraente/Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme, relative a tali polizze, fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

**Non è consentito designare quale Beneficiario il Soggetto Incaricato.**

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

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

#### **ART. 18 PAGAMENTI DELL'IMPRESA**

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

Le richieste di liquidazione, con allegata la documentazione richiesta, devono:

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

*oppure*

- essere inviate direttamente ad Aviva Life S.p.A., Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano - a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno -.

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

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Beneficiario firma il Modulo di richiesta liquidazione presso il Soggetto Incaricato, riportata in calce al Modulo stesso

*oppure*

- in caso di invio della richiesta di liquidazione direttamente all'Impresa la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa.

**Nel caso in cui la richiesta di liquidazione venga effettuata presso il Soggetto Incaricato** la documentazione necessaria sarà la seguente:

- per ciascuno dei Beneficiari designati o degli esecutori - 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 autenticate dal Soggetto Incaricato;
- **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 data di inizio della patologia che ha causato il decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, **copia integrale della cartella clinica**, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- in presenza di particolari esigenze istruttorie, l'Impresa si riserva di richiedere ulteriori documenti in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato quali:
  - **modulo ISTAT** rilasciato dal Comune;
  - **copia lettera dimissione** relativa a ogni eventuale ricovero ospedaliero;
  - in caso di decesso conseguente a infortunio, omicidio, o suicidio, copia del **verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**; in alternativa, **decreto di archiviazione** emesso dall'Autorità Giudiziaria competente;
- 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 comunali (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 esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati. Qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti o pronipoti", specificare le generalità e la data del decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede;
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) HA lasciato testamento: **verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento ed atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risultino gli estremi del testamento (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta) e dove risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e nei quali siano indicati gli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, 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 testamentari ed eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati. Qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti o pronipoti", specificare le generalità e la data del decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede;
- in presenza di minori/interdetti/incapaci, **decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione)** che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori, o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta. Nel decreto dovrà essere indicato il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato lo stesso. Il decreto potrà essere consegnato anche in copia autenticata;
- in presenza di procura, **procura** che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal Contratto indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie;
- in presenza di Legale Rappresentante - **decreto di nomina del Legale Rappresentante** - ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione.

**Nel caso in cui la richiesta di liquidazione NON venga effettuata presso il Soggetto Incaricato**, ciascuno dei Beneficiari designati o degli esecutori dovrà inviare all'Impresa, oltre alla documentazione sopra riportata, ad eccezione del Modulo di richiesta di liquidazione, anche la seguente documentazione:

- **copia di un valido documento di identità** del Beneficiario/Esecutore/Legale Rappresentante;
- **copia del codice fiscale** del Beneficiario/Esecutore/Legale Rappresentante;
- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario/Esecutore/Legale Rappresentante con indicati l'intestataro del **conto corrente bancario** e il **codice IBAN**;
- **recapito telefonico e/o indirizzo e-mail** di ciascun Beneficiario/Tutore/Legale Rappresentante;
- **indicazione se il Beneficiario persona fisica riveste la qualità di P.E.P.:** per Persona Esposta Politicamente si intende chi occupa o ha occupato importanti cariche pubbliche nonché i suoi familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al D. lgs. 231/2007 e s.m.i. e Art. 23 Reg. 5 IVASS del Luglio 2014;

- **rapporto tra Beneficiario e Contraente:** dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario/Tutore/Legale Rappresentante dalla quale risulti il rapporto intercorrente tra Beneficiario e Contraente, se lo stesso è persona diversa rispetto al Contraente;
- **consenso al trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 23 D.LGS N. 196/2003 sottoscritto da ciascun Beneficiario;
- nel caso in cui il Beneficiario sia una persona giuridica dovrà inoltrare anche la seguente documentazione:
  - **Titolari Effettivi del Beneficiario:** dati anagrafici dei titolari effettivi del Beneficiario, identificabili nella persona fisica o nelle persone fisiche che in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, tale criterio viene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25% più 1 dei partecipanti al capitale sociale, o al patrimonio dell'entità giuridica;
  - **indicazione se i Titolari effettivi del Beneficiario rivestono la qualità di P.E.P.:** per Persona Esposta Politicamente si intende chi occupa o ha occupato importanti cariche pubbliche nonché i suoi familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al D. lgs. 231/2007 e s.m.i. e Art. 23 Reg. 5 IVASS del Luglio 2014.

**Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.**

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 provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa suindicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

#### **ART. 19 DUPLICATO DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare del Certificato di assicurazione, il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato a proprie spese e responsabilità.

#### **ART. 20 CESSIONE E VINCOLO**

Il Contraente/Assicurato può cedere ad altri il Contratto o vincolare le somme assicurate.

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

L'impresa invia tale Appendice al Contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione trasmessa dal Contraente/Assicurato.

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

Non è consentito cedere il Contratto o costituire un vincolo a favore del Soggetto Incaricato.

#### **ART. 21 IMPOSTE**

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

#### **ART. 22 ARROTONDAMENTI**

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che l'Impresa farà al Contraente/Assicurato e 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. 23 FORO COMPETENTE**

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

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.



## 2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO

---

### CONDIZIONI DI ASSUNZIONE

**Il Capitale assicurato per il presente Contratto non potrà essere inferiore a Euro 150.000,00, nè superiore a Euro 1.500.000,00.**

L'emissione del Contratto è subordinata all'accettazione del rischio da parte dell'Impresa ed il pagamento del premio annuo iniziale verrà effettuato qualora l'Impresa abbia comunicato l'accettazione del rischio attraverso emissione di apposito Certificato di assicurazione.

Nel caso in cui dalla documentazione sanitaria/sportiva emergano fattori di rischio, l'Impresa 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.

In ogni caso, qualora il Contraente/Assicurato svolga uno degli sport esclusi dalla garanzia indicati al punto 2.2 "ELENCO DEGLI SPORT ESCLUSI", e sia interessato ad includerli in copertura:

1. l'Impresa si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività sportive solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici;
2. l'Impresa stabilisce particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedono l'applicazione di eventuali sovrappremi;
3. il Contraente/Assicurato verserà il premio annuo iniziale comprensivo di sovrappremio comunicato dall'Impresa esclusivamente dopo accettazione del rischio da parte dell'Impresa stessa comunicata attraverso emissione di apposito Certificato di assicurazione e sottoscriverà il Certificato di assicurazione stesso emesso dall'Impresa.

Il presente Contratto viene assunto dall'Impresa:

**A. Per capitali assicurati pari a Euro 150.000,00**, attraverso sottoscrizione, da parte del Contraente/Assicurato, della **Dichiarazione di buono stato di salute** contenuta nella Proposta contrattuale.

Qualora il Contraente/Assicurato fosse interessato all'eliminazione del periodo di carenza di cui al precedente Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" e/o all'inclusione in garanzia del decesso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, dovrà sottoporsi agli accertamenti previsti di cui al successivo paragrafo DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FUNZIONE DELL'ETA' E DEL CAPITALE;

**B. Per capitali assicurati di importo superiore a Euro 150.000,00**, con modalità diverse in funzione dell'età del Contraente/Assicurato alla Data di decorrenza del Contratto e dell'Importo del Capitale assicurato secondo quanto previsto nella successiva sezione DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FUNZIONE DELL'ETA' E DEL CAPITALE.

Qualora il Contraente/Assicurato fosse interessato all'eliminazione del periodo di carenza di cui al precedente Art. 10 "CLAUSOLA DI CARENZA" e/o all'inclusione in garanzia del decesso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, dovrà sottoporsi agli accertamenti previsti di cui al successivo paragrafo DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FUNZIONE DELL'ETA' E DEL CAPITALE.

**Ai fini del calcolo del Capitale assicurato devono essere considerate anche altre eventuali coperture assicurative caso morte sottoscritte con l'Impresa.**

### CONDIZIONI DI RINNOVO DELLA COPERTURA

Per poter procedere al rinnovo annuale della durata contrattuale, il Contraente/Assicurato dovrà sottoscrivere apposita dichiarazione di invariato stato di salute contenuta nella Quietanza di rinnovo emessa dall'Impresa, attraverso la quale il Contraente/Assicurato stesso dichiarerà che nulla è variato rispetto allo stato di salute dichiarato in fase di prima sottoscrizione. Qualora siano intervenute modifiche tali da determinare un aggravamento del rischio, le stesse determineranno l'impossibilità di procedere al rinnovo del Contratto e lo stesso si intenderà definitivamente concluso.

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FUNZIONE DELL'ETA' E DEL CAPITALE****PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO FINO A 50 ANNI COMPRESI:**

<b>CAPITALE ASSICURATO</b>	<b>RICHIESTE</b>
Euro 150.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute</li></ul> oppure, in caso di mancata sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute: <ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015) (facoltativo per eliminare la carenza)</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li></ul>
Da Euro 150.000,01 a Euro 350.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015) (facoltativo per eliminare la carenza)</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li></ul>
Da Euro 350.000,01 a Euro 509.999,99	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li></ul>
Da Euro 510.000,00 a Euro 1.000.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (Mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li><li>- ECG a riposo</li></ul>
Da Euro 1.000.000,01 a Euro 1.500.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (Mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li><li>- PSA totale e libero (solo per gli uomini)</li><li>- ECG da sforzo massimale al tappeto rullante o cicloergometro</li></ul>

**PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO DA 51 ANNI A 60 ANNI:**

CAPITALE ASSICURATO	RICHIESTE
Euro 150.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute</li> </ul> <p>oppure, nel caso di mancata sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015) (facoltativo per eliminare la carenza)</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li> </ul>
Da Euro 150.000,01 a Euro 200.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015) (per eliminare la carenza)</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li> </ul>
Da Euro 200.000,01 a Euro 350.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015)</li> <li>- Analisi completa delle urine</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li> </ul>
Da Euro 350.000,01 a Euro 509.999,99	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita Medica (mod. 99015)</li> <li>- Analisi completa delle urine</li> <li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminazione esclusione decesso per AIDS)</li> <li>- ECG a riposo</li> </ul>
Da Euro 510.000,00 a Euro 750.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 99015)</li> <li>- Analisi completa delle urine</li> <li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li> <li>- ECG a riposo</li> </ul>
Da Euro 750.000,01 a Euro 1.500.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 99015)</li> <li>- Analisi completa delle urine</li> <li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li> <li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li> <li>- PSA totale e libero (solo per gli uomini)</li> <li>- ECG da sforzo massimale al tappeto rullante o cicloergometro</li> </ul>

**PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO DA 61 ANNI A 70 ANNI:**

<b>CAPITALE ASSICURATO</b>	<b>RICHIESTE</b>
Euro 150.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute</li></ul> oppure, nel caso di mancata sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute <ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015) (facoltativo per eliminare la carenza)</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li></ul>
Da Euro 150.000,01 a Euro 250.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li></ul>
Da Euro 250.000,01 a Euro 509.999,99	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita Medica (mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminazione esclusione decesso per AIDS)</li><li>- ECG a riposo</li></ul>
Da Euro 510.000,00 a Euro 1.500.000,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionario sanitario</li><li>- Rapporto di visita medica (Mod. 99015)</li><li>- Analisi completa delle urine</li><li>- Esame completo del sangue: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV</li><li>- Test HIV (facoltativo per eliminare l'esclusione relativa al decesso per AIDS)</li><li>- PSA totale e libero (solo per gli uomini)</li><li>- ECG da sforzo massimale al tappeto rullante o cicloergometro</li></ul>

**DOCUMENTAZIONE FINANZIARIA:**

Il Contratto viene assunto dall'Impresa con la compilazione di un Questionario Finanziario fornito dalla stessa Questionario A (Generico) per capitali assicurati da Euro 1.000.000,01 fino ad un massimo di Euro 1.500.000,00. L'Impresa si riserva di richiedere ulteriore documentazione (dichiarazioni dei redditi e/o bilanci).

## 2.2 ELENCO DEGLI SPORT ESCLUSI

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato pratichi uno sport di cui al presente punto 2.2. è necessario tenere presente che è escluso dalla garanzia prevista dal Contratto il decesso del Contraente/Assicurato avvenuto a causa del suo esercizio.

ATTIVITÀ SPORTIVE	DESCRIZIONE
Arti Marziali	con partecipazione a gare per le quali è necessaria preventiva iscrizione
Alpinismo	praticato oltre il 3° grado o di qualsiasi grado se praticato su ghiaccio o in paesi extraeuropei
Arrampicata Sportiva	praticata a qualsiasi livello
Automobilismo	praticato a qualsiasi livello
Bob	praticato a livello competitivo
Bodyboard	praticato a livello competitivo
Canoa Fluviale	con partecipazione a gare per le quali è necessaria preventiva iscrizione
Ciclismo	praticato a livello competitivo (è esclusa anche la pratica del Downhill, Four-cross, freeride)
Deltaplano	praticato a qualsiasi livello
Go-Kart	con partecipazione a gare per le quali è necessaria preventiva iscrizione
Repelling	praticato a qualsiasi livello
Motociclismo	praticato a qualsiasi livello
Motonautica	praticato a qualsiasi livello
Paracadutismo	praticato a qualsiasi livello
Parapendio	praticato a qualsiasi livello
Pugilato	con partecipazione a gare per le quali è necessaria preventiva iscrizione
Rafting	con partecipazione a gare
Regate/Vela	se praticata in mare aperto
Salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico o freestyle	se praticato a livello competitivo
Sci Alpinismo	se praticato fuori pista e in qualsiasi caso se praticato oltre i 4000 metri anche con attrezzature di sicurezza
Speleologia	praticato a qualsiasi livello
Subacquea	se praticata non accompagnati, in notturna, senza brevetto, più di 20 immersioni all'anno, o a più di 30 metri di profondità. Speleologia, visita di grotte, visita di relitti e ricerca di tesori, campane subacquee e tentativi di record sono sempre esclusi
Torrentismo	praticato a qualsiasi livello
Tuffi	se praticati da scogli e/o scogliere
Volo	praticato a qualsiasi livello
Wrestling	praticato a qualsiasi livello

Al fine dell'inclusione in garanzia delle attività sportive sopra riportate, l'Impresa si riserva di valutare il rischio derivante dall'esercizio di tali attività sportive solo dietro compilazione degli appositi questionari specifici sulle attività svolte.

## 2.3 TABELLA DEI TASSI

Tassi di premio per 1.000€ di capitale assicurato

ETÀ	TASSI DI PREMIO
18	0,54
19	0,57
20	0,59
21	0,62
22	0,65
23	0,65
24	0,66
25	0,69
26	0,72
27	0,75
28	0,80
29	0,85
30	0,88
31	0,91
32	0,93
33	0,92
34	0,92
35	0,93
36	0,95
37	0,99
38	1,05
39	1,08
40	1,14
41	1,24
42	1,35
43	1,48
44	1,63

ETÀ	TASSI DI PREMIO
45	1,77
46	1,98
47	2,26
48	2,52
49	2,77
50	2,99
51	3,24
52	3,58
53	4,03
54	4,50
55	5,06
56	5,64
57	6,29
58	7,02
59	7,82
60	8,69
61	9,62
62	10,64
63	11,73
64	12,95
65	14,28
66	15,69
67	17,06
68	18,59
69	20,21
70	22,33

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

### 3. GLOSSARIO

#### TEMPORANEA CASO MORTE A PREMI MONOANNUALI CON RINNOVO (TARIFFA TG02)

---

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata nel Certificato di polizza dal Contraente/Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato;

**Capitale Assicurato:** importo liquidato dall'Impresa al Beneficiario designato, in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale;

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

**Certificato di assicurazione:** documento attestante l'esistenza del Contratto;

**Conclusione del Contratto:** il Contratto si considera concluso quando viene sottoscritto il Certificato di assicurazione da parte del Contraente/Assicurato e viene versato il premio annuo iniziale;

**Contraente/Assicurato:** persona fisica che coincide con l'Assicurato che stipula il Contratto di Assicurazione e si impegna al versamento dei premi annui all'Impresa;

**Contratto:** Contratto con il quale l'Impresa, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita del Contraente/Assicurato (decesso del Contraente/Assicurato);

**Data di decorrenza:** data dalla quale decorrono le garanzie previste dal Contratto ovvero le ore 24 della Data di conclusione del Contratto o della Data indicata nel Certificato di assicurazione - se successiva -;

**Data di rinnovo:** corrisponde alla data di ricorrenza contrattuale;

**Durata di Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del Contratto;

**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 ed ha validità il Contratto;

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

**Impresa:** - Aviva Life S.p.A. - autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione;

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

**Margine di solvibilità:** rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati;

**Premio annuo:** importo che il Contraente/Assicurato si impegna a corrispondere all'Impresa; il Premio annuo varia ad ogni eventuale rinnovo del Contratto;

**Questionario Sanitario:** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Contraente/Assicurato che l'Impresa utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione;

---

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

**Revoca:** diritto del Contraente/Assicurato di revocare la Proposta contrattuale prima della conclusione del Contratto;

**Soggetto Incaricato:** Agierre S.r.l., agenzia indipendente del Gruppo Aviva, la quale ha conferito incarico alla distribuzione della presente polizza al broker assicurativo Praesidium S.p.A.;

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

Data ultimo aggiornamento: 10 novembre 2015



## **4. INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)**

---

### **1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

I dati forniti riferiti al Contraente/Assicurato - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Aviva Life S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la "Società") – titolare del trattamento (di seguito, il "Titolare") – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario per dare corso alle informazioni, ai servizi richiesti nonché al servizio home insurance, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

### **2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati o di altre tecniche di comunicazione a distanza e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

### **3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'Antiriciclaggio, al Casellario Centrale Infortuni e alla Motorizzazione Civile.

### **4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI**

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato.

### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva Life S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

### **6. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

---

## **7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

## **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4), Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Aviva Life S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI).

## **9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1) Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.

L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

# Temporanea Caso Morte a Premi Monoannuali con rinnovo



Prodotto Individuale dedicato agli Ex Dirigenti temporaneamente inoccupati, Quadri, Alte professionalità manageriali, regolarmente iscritti a Federmanager e/o Federprofessional e/o Assidai

(Tariffa TG02)

PROPOSTA CONTRATTUALE

FAC SIMILE

**Aviva Life S.p.A.**  
**Gruppo Aviva**

**PROPOSTA CONTRATTUALE**  
**TEMPORANEA CASO MORTE A PREMI**  
**MONOANNUALI CON RINNOVO**

(Tariffa TG02)

Codice Sog. Incaricato	<input type="text"/>	Soggetto Incaricato	<input type="text"/>
Codice SubAgente	<input type="text"/>	SubAgente	<input type="text"/>

<b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b>	COGNOME		NOME		CODICE FISCALE			SESSO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	RESIDENZA (Via e N. Civico)			C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO		
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO E-MAIL					NUMERO DI CELLULARE				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
C.IDENT.	PASSAP.	PAT.GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.	NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)	DATA SCADENZA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROFESSIONE					ATTIVITÀ ECONOMICA:				
<input type="text"/>					SAE <input type="text"/> TAE <input type="text"/> RAE <input type="text"/>				

<b>BENEFICIARI</b>	Il Contraente/Assicurato designa i seguenti Beneficiari:								
	<b>per il caso di morte</b> <input type="checkbox"/> gli eredi legittimi del Contraente/Assicurato in parti uguali <input type="checkbox"/> il coniuge del Contraente/Assicurato al verificarsi dell'evento e in difetto i figli dello stesso <input type="checkbox"/> altri (specificare) _____								
	Luogo e data, .....								
<b>FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>									

<b>PRESTAZIONI</b>	Il Contraente/Assicurato, chiede di stipulare un'Assicurazione Temporanea Caso Morte a Premi Monoannuali con Rinnovo (Tariffa TG02) avente le seguenti caratteristiche:								
	Capitale assicurato Euro _____								
	ETA' DEL CONTRAENTE/ASSICURATO: _____ (età assicurativa calcolata alla Decorrenza: nel caso mancassero sei o meno di sei mesi dalla Data di decorrenza al successivo compleanno, l'età anagrafica verrà aumentata di un anno)								
	DECORRENZA: dalle ore 24 del _____								
DURATA: Contratto di durata monoannuale rinnovabile di anno in anno fino ad un massimo di quattro volte consecutive.									
Premio Annuo relativo alla prima annualità (su base annua) Euro _____									

<b>DICHIARAZIONI</b>	<b>DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO:</b>								
	<b>Il sottoscritto Contraente/Assicurato:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conferma che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Proposta - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;</li> <li>• dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;</li> <li>• prende atto che la copertura assicurativa opererà solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte dell'Impresa e comunque successivamente al pagamento del premio;</li> <li>• a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta, prende atto che il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente/Assicurato stesso versa il Premio annuo iniziale e sottoscrive il Certificato di assicurazione emesso dall'Impresa;</li> <li>• prende atto che il Contratto decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione o dalla data indicata nel Certificato di assicurazione - se successiva - a condizione che sia stato versato il relativo premio comunicato dall'Impresa. La copertura assicurativa si intende operativa a condizione che il premio annuo iniziale sia stato corrisposto;</li> <li>• prende atto che il pagamento del premio annuo iniziale deve essere effettuato con le modalità indicate nella successiva sezione relativa ai pagamenti;</li> <li>• dichiara di aver preso conoscenza dell'Art. 2 "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.</li> </ul>								
	L'Impresa si riserva il diritto - nel caso che dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo - di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi. Il Contraente/Assicurato dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.								
<b>FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>									

<b>DICHIARAZIONI</b>	<b>DIRITTO DI RECESSO E DI REVOCA</b>								
	<b>DIRITTO DI REVOCA</b> Il Contraente/Assicurato ha il diritto di revocare la presente Proposta contrattuale entro e non oltre il giorno antecedente la data di conclusione del Contratto.								
	<b>DIRITTO DI RECESSO</b> Il Contraente/Assicurato può recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso. Il diritto di recesso libera il Contraente/Assicurato e l'Impresa da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto. L'Impresa, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto.								
<b>FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>									

**DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

Il Contraente/Assicurato 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:  
 Art. 5 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Art. 6 Conclusione del Contratto; Art. 7: Decorrenza del Contratto; Art. 8 Efficacia della Copertura Assicurativa; Art. 9 Esclusioni; Art. 10 Clausola di Carenza; Art. 11: Diritto di revoca e di recesso del Contratto; Art. 15 Sospensione del Contratto; Art. 16 Riscatto, Prestiti; Art. 18 Pagamenti dell'Impresa; Art. 20: Cessione e vincolo.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

L'Assicurato dichiara di **NON** avere in corso con Aviva Life S.p.A. altre coperture assicurative per il caso di morte.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

**ATTENZIONE:** nel caso in cui il Contraente/Assicurato non sottoscriva tale dichiarazione, l'importo del Capitale Assicurato, ai fini della determinazione degli accertamenti sanitari da eseguire, verrà calcolato considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte in essere con l'Impresa.

**IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA DI AVER:**

- ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- ricevuto il documento contenente – ai sensi dell'Art. 49 comma 2, lettera a) del Regolamento IVASS 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);
- ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti – ai sensi dell'Art. 49 comma 2, lettera a)bis del Regolamento IVASS n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003**

Io sottoscritto, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa contenuta nel Fascicolo Informativo: **Acconsento** al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.  
 Sono consapevole che solo barrando la casella SI e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei dati sensibili.

SI  NO 

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il Contraente/Assicurato prende atto che all'emissione del Certificato di assicurazione il premio iniziale dovrà essere corrisposto mediante bonifico bancario al Soggetto Incaricato in qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa o all'Impresa, in quest'ultimo caso l'importo va bonificato sul conto corrente intestato ad Aviva Life S.p.A. – Codice IBAN IT 97 P 05034 01625 000000100378 – BANCO POPOLARE SOCIETA' COOPERATIVA.

In nessun caso è consentito il pagamento del premio in contanti.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'Adeguatezza" secondo quanto riportato nel questionario stesso.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Contraente/Assicurato 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, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Intermediario (Nome - Cognome - Codice) \_\_\_\_\_ dichiara di aver informato il Contraente/Assicurato dei principali motivi, di seguito riportati per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta contrattuale non risulterà o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

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

**MOTIVAZIONI**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO****FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****DICHIARAZIONI****PAGAMENTI****DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA**

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE O ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate negli stessi;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

*La presente Sezione deve essere sottoscritta solo nel caso in cui il Contraente/Assicurato richieda un capitale assicurato pari a Euro 150.000,00 e intenda dichiarare, dopo un'attenta lettura delle casistiche di seguito riportate, di non rientrare in nessuna delle fattispecie.*

*Si rimanda alla compilazione del Questionario Sanitario per tutti gli altri casi, ossia qualora il Contraente/Assicurato richieda un capitale assicurato:*

- superiore a Euro 150.000,00;
- pari a Euro 150.000,00 ma sia interessato all'eliminazione della carenza e della esclusione del decesso per AIDS;
- pari a Euro 150.000,00 ma sia interessato all'inclusione di uno o più sport esclusi;
- pari a Euro 150.000,00 e ritenga di rientrare in almeno una delle casistiche di seguito dettagliate nella Dichiarazione di buono stato di salute.

Ai fini della validità della copertura assicurativa, il sottoscritto Contraente/Assicurato dichiara:

- di non aver mai sofferto di qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi, e di non aver subito trapianti di organo;
- di non aver ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o di non assumere o avere assunto farmaci in merito alle seguenti malattie:

**MALATTIE CARDIO – VASCOLARI**

ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale.

**MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.

**MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.

**MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO**

lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.

**MALATTIA APPARATO DIGERENTE**

esofago di Barrett, morbo di Crohn, retocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.

**MALATTIE APPARATO URO-GENITALE**

insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

**MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE**

diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

**MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO**

glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

**MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO**

talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o AIDS.

- di non avere o di non aver avuto negli ultimi 12 mesi una malattia per la quale è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide e farmaci per la pressione);
- di non presentare postumi invalidanti causati da malattie o traumi e/o di non essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerla.

**Il sottoscritto:**

- conferma di aver letto attentamente le dichiarazioni di cui sopra attestando di non rientrare in nessuna delle fattispecie ivi illustrate.
- conferma di essere consapevole che le informazioni così rilasciate sono esatte e veritiere, e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza riconoscendo che le stesse sono elementi fondamentali e necessari per la valutazione del rischio da parte dell'Impresa.
- prende atto che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del Codice Civile, comportando la mancata copertura di eventuali sinistri causati da malattie, malformazioni e stati patologici già diagnosticati prima della data di adesione alla polizza, che non verranno pertanto indennizzati.
- prende, infine, atto che comunque restano pienamente operanti le ulteriori Esclusioni previste nelle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo ricevuto.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO**

## QUESTIONARIO SANITARIO

**La presente Sezione deve essere sottoscritta solo qualora il Contraente/Assicurato richieda un capitale assicurato:**

- superiore a Euro 150.000,00
- pari a Euro 150.000,00 ma sia interessato all'eliminazione della carenza e della esclusione del decesso per AIDS;
- pari a Euro 150.000,00 ma sia interessato all'inclusione di uno o più sport esclusi;
- pari a Euro 150.000,00 e ritenga di rientrare in almeno una delle casistiche dettagliate nella Dichiarazione di buono stato di salute.

**SÌ      NO**

1. Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre coperture assicurative (vita, malattie gravi, invalidità).  
Se sì, specifichi il capitale e il tipo di copertura: \_\_\_\_\_

    

2. Ha mai ottenuto il rifiuto o il rinvio di una richiesta di assicurazione (vita, malattie gravi, invalidità) oppure un'accettazione a condizioni particolari?  
In caso di risposta affermativa si prega di specificare tipo di assicurazione, data, causa del rifiuto/rinvio/ applicazione di condizioni particolari.

    

TIPO DI ASSICURAZIONE	RIFIUTO/DIFFERIMENTO CONDIZIONI SPECIALI	CAUSA	DATA

3. Percepisce o è in attesa di percepire una pensione di invalidità, oppure una pensione per inabilità permanente, oppure riceve un anticipo di pensione per ragioni di salute?  
In caso di risposta affermativa si prega di specificare tipo di pensione, grado di invalidità, cause.

    

TIPO DI PENSIONE	GRADO DI INVALIDITÀ	CAUSA

4. Effettua o prevede di effettuare viaggi all'estero in zone a rischio?  
Se sì, specifichi i paesi in cui intende recarsi: \_\_\_\_\_

    

5. Nella Sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ipertensione, ictus, diabete, malattie renali, tumori, sclerosi multipla, malattia dei motoneuroni, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson prima dell'età di 65 anni? La preghiamo di specificare il grado di parentela, la malattia e l'età alla diagnosi: \_\_\_\_\_

    

6. Indichi la Sua altezza in cm \_\_\_\_\_ e il Suo peso in Kg \_\_\_\_\_.

    

7. Il suo peso ha subito variazioni superiori ai 5 Kg negli ultimi 12 mesi (tranne che per motivi di dieta)?

    

8. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi?  
Se sì, specificare il tipo di medicinale: \_\_\_\_\_

    

9. Fa uso o ha fatto uso di droghe o sostanze stupefacenti, o abuso di alcool?  
In caso affermativo si prega di specificare quali, quando e in che quantità.

    

TIPO DI SOSTANZA	PERIODO DI ASSUNZIONE	QUANTITÀ GIORNALIERA

10. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate?

    

11. Negli ultimi 5 anni si è sottoposto ad un intervento chirurgico o è stato ricoverato in ospedale o in casa di cura?  
In caso affermativo si prega di specificare tipo intervento o motivo del ricovero, data, ospedale/casa di cura, durata del ricovero, esito.

    

INTERVENTO/CAUSA DEL RICOVERO	DATA	DURATA	ESITO

12. Negli ultimi cinque anni si è sottoposto ad esami specialistici esclusi eventuali normali controlli di routine?  
In caso affermativo si prega di specificare tipo di esame, motivo, data, esito.

    

ESAME	MOTIVO	DATA	ESITO

13. Fuma o ha fumato negli ultimi 24 mesi.  
Se sì, indichi la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_

    

Dichiaro di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.

Dichiaro agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ed autorizzo sin d'ora l'Impresa stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO**

**Aviva Life S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it



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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006

FAC SIMILE





**Aviva Life S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it



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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006