



## **Vita Protetta Smart**

Contratto di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a Capitale Costante a Premio Annuo

Tariffa TE25

---

### IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita);
- le Condizioni di Assicurazione;
- le Informazioni sul trattamento dei Dati Personali;
- il Modulo di Proposta-Certificato in fac-simile.

**Aviva S.p.A.**  

---

**Gruppo Aviva**

# Polizze Vita “dormienti”

*In seguito ai diversi interventi di IVASS in materia riportiamo di seguito i “consigli per i consumatori”*

*Le polizze vita “dormienti” sono polizze che, pur avendo maturato un diritto al pagamento del capitale assicurato, non sono state pagate dalle imprese di assicurazione e giacciono in attesa della prescrizione. Può trattarsi di polizze per il caso di morte dell'assicurato della cui esistenza i beneficiari non erano a conoscenza o di polizze che, giunte alla scadenza, non sono state rimosse dagli interessati per vari motivi.*

*Il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora il Contraente o i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni”.*

**Di seguito alcuni consigli per evitare il fenomeno delle polizze vita dormienti:**

1. Se stipuli una polizza vita per proteggere il tuo futuro o quello dei tuoi cari, informa i tuoi familiari - o coloro ai quali intendi destinare le somme - dell'esistenza del contratto e dell'impresa con la quale è stato concluso.
2. Per essere certo che le somme derivanti dalle coperture assicurative siano effettivamente rimosse in un futuro, presta attenzione alla designazione dei beneficiari. **È importante designare i beneficiari nominativamente avendo cura di indicare anche i relativi dati anagrafici (luogo, data di nascita e codice fiscale)** evitando il ricorso a formulazioni generiche quali, ad esempio, “eredi legittimi o testamentari, figli nati e/o nascituri, coniuge o coniuge al momento del decesso”.
3. **Fornisci tutte le informazioni utili a rintracciare i beneficiari in caso di decesso e/o a scadenza (indirizzo, recapito telefonico e e-mail) ricordandoti di aggiornarle in caso di variazioni.**
4. Se non vuoi portare a conoscenza i beneficiari dell'esistenza della polizza, informane un soggetto terzo che si attivi al verificarsi dell'evento assicurato. In aggiunta è possibile comunicare all'impresa, nel caso di specifiche esigenze di riservatezza, i dati necessari per l'identificazione (**nome, cognome, denominazione sociale, codice fiscale e/o partita IVA, indirizzi e recapito telefonico**) di un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui l'impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato.

# Assicurazione Temporanea caso morte a Premio Annuo a Capitale Costante

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



Impresa di Assicurazione: Aviva S.p.A.

Prodotto: VITA PROTETTA SMART - Tar.TE25

Data di realizzazione: 01/01/2019

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

## Che tipo di assicurazione è?

È una polizza Temporanea per il Caso di Morte a Premio Annuo Costante che si può stipulare con tre durate fisse.

 **Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?**

- **Prestazione in caso di decesso del Contraente/Assicurato** in caso di decesso del Contraente/Assicurato, nel corso della durata del Contratto, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato che verrà scelto dal Contraente/Assicurato in fase di sottoscrizione della Proposta-Certificato. Il Capitale assicurato dovrà essere un multiplo di 1.000,00 Euro.

 **Che cosa NON è assicurato?**

- ✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso del Contraente/Assicurato e pertanto il presente Contratto non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di autosufficienza, inabilità di lunga durata. Inoltre, il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita del Contraente/Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.

 **Ci sono limiti di copertura**

- ! **CAPITALE ASSICURATO:** il Capitale assicurato relativo alla Garanzia Principale non potrà essere inferiore a Euro 25.000,00 né superiore a Euro 75.000,00.
- ! **CARENZA:** la copertura assicurativa non è attiva durante il periodo di carenza che è pari a:
  - a) 180 giorni dalla data di decorrenza;
  - b) 2 anni dalla data di decorrenza o 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del Contratto in caso di suicidio del Contraente/Assicurato;
  - c) 5 anni, qualora il decesso del Contraente/Assicurato sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

! **ESCLUSIONI:** il capitale non verrà liquidato ai beneficiari designati qualora il decesso del Contraente/Assicurato sia causato da:

- dolo dei Beneficiari;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a delitti dolosi, fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- incidente di volo, se il Contraente/Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in 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;
- esercizio di una delle professioni, sport amatoriali di cui al DIP Aggiuntivo Vita

! **SOSPENSIONE:** nel caso in cui il Contraente/Assicurato non corrisponda un'annualità di premio – o una rata in caso di frazionamento mensile dello stesso -, il Contratto è sospeso. Le Garanzie previste dal Contratto non sono valide durante la sospensione. La sospensione del Contratto inizia 30 giorni dopo la data del mancato pagamento e si conclude, se non riattivato, alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento stesso; alla conclusione del periodo di sospensione, il Contratto si risolve.



### Dove vale la copertura?

- ✓ Le Garanzie sono valide senza limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

Per ottenere il pagamento della prestazione i Beneficiari dovranno inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

- Richiesta di liquidazione;
- Certificato di morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Documentazione medica.



### Quando e come devo pagare?

Il Contraente/Assicurato si impegna a corrispondere per tutta la durata contrattuale prescelta e comunque fino al decesso, se precedente, Premi annui di importo costante. Il premio annuo da corrispondere non potrà essere di importo inferiore a Euro 36,00 (premio minimo).

Il premio annuo costante è determinato in base:

- all'età del Contraente/Assicurato alla Data di Decorrenza;
- all'importo del Capitale assicurato;
- alla Durata contrattuale.

Il Contraente/Assicurato può corrispondere il premio annualmente o con frazionamento mensile senza l'applicazione di alcun interesse di frazionamento.

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

Il primo premio – o la prima rata di premio - deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato. I premi - o le rate di premio - successivi al primo vengono pagati alle successive ricorrenze stabilite.

Il pagamento dei premi annui – o delle rate di premio in caso di frazionamento mensile - viene effettuato mediante:

- addebito automatico su conto corrente bancario acceso presso UniCredit S.p.A.;
- addebito automatico su carta prepagata nominativa dotata di IBAN emessa da UniCredit S.p.A..



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il presente Contratto può essere stipulato, a scelta del Contraente/Assicurato, per durate pari a 10, 15 o 20 anni.

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha versato il primo premio annuo - o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso - ed ha sottoscritto la Proposta-Certificato e la "Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato" ivi contenuta. La conclusione del Contratto e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

Qualora il Contraente/Assicurato richieda l'eliminazione del periodo di Carenza il Contratto si considera concluso – previa valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Le prestazioni decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto.



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

Non è prevista la revoca della Proposta-Certificato.

Il Contraente/Assicurato può recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla Data di Conclusione dello stesso.

Il Contraente/Assicurato può risolvere il Contratto a seguito:

- dell'esercizio del diritto di Recesso;
- dell'interruzione del pagamento dei premi trascorsi 12 mesi dalla scadenza di pagamento del primo premio/rata di premio non pagata senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

Il Contraente/Assicurato può riattivare il Contratto sospeso mediante il pagamento del premio - o di tutte le rate di premio - arretrato.

**Assicurazione Temporanea caso morte  
a Premio Annuo a Capitale Costante**  
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi  
vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi  
(DIP aggiuntivo Vita)



Impresa di Assicurazione: Aviva S.p.A.

Prodotto: VITA PROTETTA SMART - Tar.TE25

Data di realizzazione: 01/01/2019

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

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

**Aviva S.p.A.** Via A. Scarsellini, n. civico 14; CAP 20161; città Milano; tel. +39 02 2775.1; sito internet: [www.aviva.it](http://www.aviva.it); pec: [aviva\\_spa@legalmail.it](mailto:aviva_spa@legalmail.it).

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

Numero di telefono: 800.11.44.33 - sito internet: [www.aviva.it](http://www.aviva.it)

Indirizzi 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)
- pec: [aviva\\_spa@legalmail.it](mailto:aviva_spa@legalmail.it).

Aviva S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale nr. 186 del 10/08/1989). Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00081.

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva S.p.A. è pari ad Euro 365.418.789,00 di cui il Capitale Sociale ammonta ad Euro 247.000.000,00 e le Riserve patrimoniali ad Euro 49.400.000,00.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa di Assicurazione stessa è pari al 234%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 519%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione all'indirizzo: [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

Al contratto si applica la legge italiana.



**Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



**Che cosa NON è assicurato?**

**Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



**Ci sono limiti di copertura?**

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita si specifica che:

**CARENZA:**

Il Capitale assicurato non viene liquidato ai beneficiari designati durante il periodo di carenza. Tuttavia, l'Impresa di Assicurazione non applicherà il periodo di Carenza pari a 180 giorni, 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 (Data di Decorrenza): 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 emorragico, 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 l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza il decesso del Contraente/Assicurato.

#### ESCLUSIONI:

Il Capitale assicurato non viene liquidato ai beneficiari designati qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga durante l'esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali di seguito riportati:

#### PROFESSIONI

- Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte:
  - Personale operante in area di conflitto
  - Personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc.)
  - Personale imbarcato su sottomarini
- Giornalista, reporter e fotoreporter operante in aree di conflitto
- Operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi - minatore
- Operaio/addetto estrazione, produzione e rimozione amianto
- Piloti di aerei a reazione
- Pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista)

#### ESERCIZIO PROFESSIONALE DEI SEGUENTI SPORT (in qualità di insegnante o sportivo professionista)

- Alpinismo
- Attività di sub
- Automobilismo
- Equitazione
- Motociclismo
- Motonautica
- Paracadutismo
- Pugilato
- Sci alpinismo
- Snowboard acrobatico e/o estremo
- Speleologia
- Sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting)
- Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

#### ESERCIZIO AMATORIALE DEI SEGUENTI SPORT

- Alpinismo (se praticato oltre il 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza)
- Attività di sub (nel caso in cui si verifichi una o più di queste condizioni: senza accompagnamento, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record).
- Equitazione
- Gare di automobilismo
- Gare di motociclismo
- Motonautica
- Sci alpinismo
- Snowboard acrobatico e/o estremo
- Speleologia
- Sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting)
- Paracadutismo
- Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di evento?

#### **Denuncia di sinistro:**

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi al Soggetto Incaricato, presso il quale era stato sottoscritto il contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800.114433 (operativo da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni\_vita@aviva.com.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

#### **1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE**

La richiesta di liquidazione può pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- per il tramite del Soggetto Incaricato attraverso la compilazione del Modulo di Richiesta di Liquidazione;
- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente ad AVIVA S.p.A., Via Scarsellini n. 14 - 20161 Milano – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

- Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti: la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;
- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con il Contraente/Assicurato di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.

**2. CERTIFICATO DI MORTE rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.**

**3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **“Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:”**

- In caso di assenza di testamento** (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it)):
  - la non esistenza di disposizioni testamentarie;
  - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- In caso di esistenza di testamento** (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it)):
  - che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
  - occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero “nipoti”/“pronipoti”, specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

**4. DOCUMENTAZIONE MEDICA**

**I) In caso di MORTE NATURALE:**

**occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante** (fac-simile disponibile sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it)), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

*Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:*

- emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;*
- emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito il Contraente/Assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);*
- emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dal Contraente/Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).*

**II. In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

*Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare il numero verde: 800.11.44.33.*

OLTRE ALLA DOCUMENTAZIONE SOPRA RIPORTATA, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE NECESSITA RICEVERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE nei seguenti casi:

- nel caso di minori/interdetti/incapaci;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nel caso di presenza di un procuratore;</li> <li>• qualora il beneficiario sia una società;</li> <li>• qualora il beneficiario sia un ente/ una fondazione;</li> <li>• in caso di liquidazione in successione;</li> <li>• in presenza di richiesta pervenuta da uno studio legale.</li> </ul>
	<p><b>Prescrizione:</b> ai sensi dell'articolo 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 sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p>
	<p><b>Liquidazione della prestazione:</b> l'Impresa di Assicurazione provvederà alla liquidazione dell'importo dovuto – verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione corredata da tutta la documentazione necessaria.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Nel caso in cui siano rese da parte del Contraente/Assicurato dichiarazioni inesatte o reticenti riguardanti il rischio da assicurare (quali età, stato di salute, malattie pregresse, sport o professioni esercitati) può essere compromesso in tutto o in parte il diritto alla prestazione a seconda che l'inesattezza/reticenza derivi o meno da dolo o colpa grave.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita si specifica che con effetto dalla ricorrenza annuale successiva, a condizione che il Contraente/Assicurato sia in regola con il pagamento dei premi, lo stesso ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta in precedenza. Ogni richiesta di modifica deve pervenire all'Impresa di Assicurazione almeno 15 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato. In caso di estinzione del rapporto con la Banca l'Impresa di Assicurazione provvede ad indicare al Contraente/Assicurato altre eventuali modalità di pagamento del premio.
<b>Rimborso</b>	In caso di decesso del Contraente/Assicurato durante il periodo di carenza (180 giorni) l'Impresa di Assicurazione liquiderà ai Beneficiari designati una somma pari all'ammontare dei premi versati.  In caso di decesso del Contraente/Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> <li>• durante il periodo di carenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- per AIDS (5 anni);</li> <li>- per suicidio (nei primi 2 anni dalla data di decorrenza o, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del Contratto);</li> </ul> </li> <li>• per una delle esclusioni riportate nel DIP Vita;</li> </ul> l'Impresa di Assicurazione liquiderà ai Beneficiari designati la somma dei premi – o rate di premio - pagati al netto dei costi.
<b>Sconti</b>	Il Contratto può essere sottoscritto a condizioni agevolate dai dipendenti in attività o in quiescenza del Gruppo Bancario UniCredit che siano anche correntisti della Banca: in tal caso è previsto uno sconto di premio non inferiore al 30% attribuibile alla riduzione del caricamento all'8,50%. La misura effettiva dello sconto dipende dall'incidenza del caricamento sul premio annuo, variabile in funzione dell'età del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione del Contratto e della durata contrattuale scelta dal Contraente/Assicurato.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate del DIP Vita.
<b>Sospensione</b>	Nel caso in cui, nel corso della durata del Contratto, il Contraente/Assicurato non corrisponda un'annualità di premio – o una rata in caso di frazionamento mensile dello stesso -, il Contratto è sospeso dall'Impresa di Assicurazione, <b>fermo restando l'obbligo di versare per intero la prima annualità di premio.</b> La sospensione del Contratto inizia 30 giorni dopo la data del mancato pagamento e si conclude alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento stesso. Alla conclusione del periodo di sospensione, il Contratto si risolve. <b>La Garanzia prevista dal Contratto non è valida durante la sospensione e, in caso di decesso del Contraente/Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.</b>

 <b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	Il presente Contratto non prevede l'esercizio della Revoca della Proposta-Certificato in considerazione delle modalità di conclusione dello stesso.

<b>Recesso</b>	Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di esercitare il diritto di Recesso entro trenta giorni dalla Data di Conclusione del Contratto, rivolgendosi al Soggetto Incaricato, ovvero inviando all'Impresa di Assicurazione una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – al seguente indirizzo: Aviva S.p.A. Via A. Scarsellini, 14 20161 Milano. L'Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto.
<b>Risoluzione</b>	Il Contratto si risolve alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento del premio. In caso di risoluzione del Contratto i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto risponde ad esigenze di protezione dagli eventi legati alla vita umana ed è rivolto ai clienti che, al verificarsi di un possibile decesso, intendono tutelare la capacità di far fronte agli impegni futuri o le necessità di sostentamento della propria famiglia. Il soggetto assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, deve avere un'età compresa tra 18 (età anagrafica) e 60 anni (età assicurativa), mentre alla data di scadenza deve avere un'età non superiore a 70 anni (età assicurativa).

Il prodotto presuppone la coincidenza tra la figura dell'Assicurato e la figura del Contraente.



### Quali costi devo sostenere?

#### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo.
COSTO PERCENTUALE	37,0%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio, ed è applicato a ciascun Premio annuo costante versato (al netto delle imposte applicate al premio dell'eventuale Garanzia Complementare facoltativa). I Tassi di Premio variano in funzione dell'età del Contraente/Assicurato alla data di sottoscrizione del Contratto, della durata contrattuale ed al Capitale Assicurato scelti dal Contraente/Assicurato.

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

#### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita dall'Intermediario nell'ultimo anno solare:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO	
Durata 10 anni	81,51%
Durata 15 anni	81,42%
Durata 20 anni	81,37%



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita si specifica che la riattivazione è automatica se l'Impresa di Assicurazione riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente/Assicurato tra l'inizio della sospensione e la sesta ricorrenza mensile successiva al mancato pagamento. Dopo la sesta ricorrenza mensile e precedentemente alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento, la riattivazione può avvenire soltanto dietro espressa domanda del Contraente/Assicurato ed accettazione scritta dell'Impresa di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione può, a sua discrezione, richiedere nuovi eventuali accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente/Assicurato, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del Contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento, da parte dell'Impresa di Assicurazione, del premio o delle rate di premio arretrate. A partire dalla sua riattivazione, il Contratto prevede le normali prestazioni della garanzia ferme restando le limitazioni relative alla carenza applicate con effetto dalla Data di Decorrenza del Contratto.
<b>Richiesta di informazioni</b>	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

### COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione: Aviva S.p.A. Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano telefax 02 2775 245
----------------------------------	--

	<p><a href="mailto:reclami_vita@aviva.com">reclami_vita@aviva.com</a>. L'Impresa di Assicurazione darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p> <p>I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa di Assicurazione, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
<b>All'IVASS</b>	Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa di Assicurazione abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> , Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n.98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Non previsti.

## REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><b><u>IMPOSTE SUI PREMI</u></b> I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.</p> <p><b><u>DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI</u></b> Nel caso in cui il Contraente/Assicurato sia una persona fisica non nell'esercizio d'impresa, i premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'Impresa di Assicurazione non abbia facoltà di recesso, 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 pro tempore vigente. Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente/Assicurato a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d'imposta) fermo restando il limite massimo previsto dalla normativa pro tempore vigente.</p> <p><b><u>TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE</u></b> Come da disposizioni in vigore le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di decesso del Contraente/Assicurato, sono esenti da IRPEF.</p> <p><b><u>DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO</u></b> 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.</p>
---	---

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

**PRIMA DI SOTTOSCRIVERE LE DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO AI FINI DELL'EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.**

## INDICE

---

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 1
• Condizioni di assunzione del Contratto	Pag. 11
• Elenco delle professioni e degli sport amatoriali e/o professionali esclusi dalla Garanzia	Pag. 12
• Glossario	Pag. 13

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VITA PROTETTA SMART (TARIFFA TE25)**

---

### **Art. 1 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

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

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

### **Art. 2 CONFLITTO DI INTERESSI**

Eventuali informazioni sul conflitto di interessi sono riportate sul sito internet dell'Impresa di Assicurazione all'indirizzo [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

### **Art. 3 PRESTAZIONI DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto prevede che, in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della Durata del Contratto - qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso, **fatte tuttavia salve le esclusioni per l'esercizio delle Professioni e degli Sport riportate nell'“ELENCO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI ESCLUSI DALLA GARANZIA”** fermo restando le esclusioni indicate al successivo Art. 8 “ESCLUSIONI” e Art. 9 “CLAUSOLA DI CARENZA” che seguono - Aviva S.p.A., di seguito definita Impresa di Assicurazione, garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del Capitale assicurato. Il Capitale assicurato scelto dal Contraente/Assicurato all'atto dell'adesione al Contratto dovrà essere un multiplo di 1.000,00 Euro e non potrà essere inferiore a Euro 25.000,00 né superiore a Euro 75.000,00.

In caso di sopravvivenza del Contraente/Assicurato alla Data di Scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i premi pagati fino a quel momento resteranno acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

### **Art. 4 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

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

Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza del Contratto o dalla sua Riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato 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.

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 di sottoscrizione il Contraente/Assicurato è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio laddove trasferito all'estero.

### **Art. 5 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha versato il primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso - ed ha sottoscritto la Proposta-Certificato e la “Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato” ivi contenuta.

Qualora il Contraente/Assicurato richieda l'eliminazione del periodo di Carenza di cui al successivo Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA", il Contratto si considera concluso, **previa valutazione del rischio da parte della Compagnia** nei termini e con le modalità di cui alle "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO", quando il Contraente/Assicurato ha sottoscritto la Proposta-Certificato ed ha versato il primo premio annuo costante – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso -.

In ogni caso 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.

#### **Art. 6 DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Fatto salvo quanto disposto al successivo Art. 7 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto.

In ogni caso, la copertura assicurativa si intende operante a condizione che il primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso – sia stata corrisposta.

L'Impresa di Assicurazione invia al Contraente/Assicurato una Lettera Contrattuale di Conferma, nella quale viene indicata la data di decorrenza del Contratto come conferma dell'accettazione del Contratto da parte dell'Impresa di Assicurazione.

#### **Art. 7 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui al successivo Art. 8 "ESCLUSIONI" e Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" – dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Proposta-Certificato a condizione che il Contraente/Assicurato abbia corrisposto il primo premio – o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso – e abbia sottoscritto la Proposta-Certificato.

#### **Art. 8 ESCLUSIONI**

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni di seguito riportate.**

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

- **dolo dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, **risse**, tranne per il caso di legittima difesa, **atti di terrorismo e sabotaggio;**
- **incidente di volo**, se il Contraente/Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità pilota o di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del Contratto;
- **esercizio di una delle professioni, sport amatoriali e/o professionali** indicate nell'"ELENCO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI ESCLUSI DALLA GARANZIA";
- **uso di stupefacenti o di medicine** in dosi non prescritte dal medico;
- **stato di ubriachezza/ebbrezza**: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- **decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra**, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 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.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione corrisponde ai Beneficiari designati, in luogo del Capitale Assicurato, la somma dei premi – o delle rate di premio - pagati al netto dei costi.

#### **Art. 9 CLAUSOLA DI CARENZA**

Premesso che il Contraente/Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza purchè si sottoponga a visita medica secondo quanto riportato nelle "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" ed accettando le modalità e gli oneri che ne dovessero derivare, il presente Contratto viene assunto con la sola sottoscrizione della "Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato" contenuta nella Proposta-Certificato. Di conseguenza resta convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla Data di Decorrenza e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà, in luogo del Capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi versati.

L'Impresa di Assicurazione non applicherà il periodo 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 emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post - vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto (Data di Decorrenza);
- di infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per infortunio (fermo restando quanto indicato all'Art. 8 "ESCLUSIONI" 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 del Contraente/Assicurato.

#### **PER AIDS**

**Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla Data di Decorrenza e sia dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale assicurato non sarà pagato;** in tal caso, in luogo del Capitale assicurato, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà ai Beneficiari designati la somma dei premi – o delle rate di premio - pagati al netto dei costi.

#### **Art. 10 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRATTO**

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 di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto che, al momento dell'applicazione del Recesso, viene estinto all'origine.

L'Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, 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 per esercitare il diritto di Recesso deve rivolgersi al Soggetto Incaricato, ovvero inviare all'Impresa di Assicurazione una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno – contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – al seguente indirizzo:

*Aviva S.p.A.*

*Via A. Scarsellini, 14*

*20161 Milano.*

### **Art. 11 DURATA E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il presente Contratto può essere sottoscritto con durata pari a 10, 15 o 20 anni, compatibilmente con l'età del Contraente/Assicurato che, alla data di scadenza del Contratto, non potrà essere superiore a 70 anni (età assicurativa). Non sono ammesse durate differenti.

Il Contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di Recesso;
- a seguito di interruzione del pagamento dei premi trascorsi 12 mesi dalla scadenza di pagamento del primo premio/rata di premio non pagata senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della Durata del Contratto;
- alla Data di Scadenza.

### **Art. 12 LIMITI DI ETÀ**

Il presente Contratto prevede che, alla data di decorrenza del Contratto, l'età del Contraente/Assicurato non possa essere inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 60 anni (età assicurativa) mentre l'età a scadenza non debba essere superiore a 70 anni (età assicurativa). Si precisa che l'età del Contraente/Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza della Proposta-Certificato senza tener conto delle frazioni d'anno inferiori a 6 mesi ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a 6 mesi.

### **Art. 13 PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il premio annuo costante è determinato in base:

- all'importo del Capitale Assicurato,
- alla durata prescelta,
- all'età del Contraente/Assicurato alla Data di Decorrenza del Contratto.

In ogni caso il premio annuo da corrispondere non potrà essere di importo inferiore a Euro 36,00 (premio minimo).

Il Contraente/Assicurato si impegna a corrispondere per tutta la durata contrattuale e comunque fino al decesso, se precedente, premi annui di importo costante.

Il primo premio – o la prima rata di premio – deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato da parte del Contraente/Assicurato e viene quietanzato direttamente sulla stessa.

I premi - o le rate di premio - successivi al primo vengono pagati alle successive ricorrenze stabilite.

Il Contraente/Assicurato può corrispondere il premio annualmente o con frazionamento mensile senza l'applicazione di alcun interesse di frazionamento.

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

Con effetto alla ricorrenza annuale successiva, a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, lo stesso ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta in precedenza.

Ogni richiesta di modifica deve pervenire all'Impresa di Assicurazione almeno 15 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

L'importo pattuito del Premio Annuo non può essere modificato.

Il pagamento dei premi annui – o delle rate di premio in caso di frazionamento mensile del premio – viene effettuato mediante:

- addebito automatico su conto corrente bancario acceso presso UniCredit S.p.A.;

- addebito automatico su carta prepagata nominativa dotata di IBAN emessa da UniCredit S.p.A.. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile della Banca.

Al fine di non ostacolare la prosecuzione del Contratto, in caso di estinzione del rapporto con la Banca, l'Impresa di Assicurazione provvederà ad indicare al Contraente/Assicurato stesso altre modalità di pagamento del premio.

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

#### **Art. 14 SOSPENSIONE DEL CONTRATTO**

Nel caso in cui, nel corso della durata del Contratto, il Contraente/Assicurato non corrisponda un'annualità di premio – o una rata in caso di frazionamento mensile dello stesso -, il Contratto è sospeso dall'Impresa di Assicurazione, fermo restando l'obbligo di versare per intero la prima annualità di premio.

La sospensione del Contratto inizia 30 giorni dopo la data del mancato pagamento e si conclude alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento stesso. Alla conclusione del periodo di sospensione, il Contratto si risolve.

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

**La garanzia prevista dal Contratto non è valida durante la sospensione e, in caso di decesso del Contraente/Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.**

#### **Art. 15 RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contraente/Assicurato può riattivare il Contratto sospeso mediante il pagamento del premio - o di tutte le rate di premio - arretrato. La riattivazione è automatica se l'Impresa di Assicurazione riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente/Assicurato tra l'inizio della sospensione e la sesta ricorrenza mensile successiva al mancato pagamento.

Dopo la sesta ricorrenza mensile e precedentemente alla prima ricorrenza annua del mancato pagamento, la riattivazione può avvenire soltanto dietro espressa domanda del Contraente/Assicurato ed accettazione scritta dell'Impresa di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione può, a sua discrezione, richiedere nuovi eventuali accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente/Assicurato, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento, da parte dell'Impresa di Assicurazione, del premio o delle rate di premio arretrate. A partire dalla sua riattivazione, il Contratto prevede le normali prestazioni della garanzia ferme restando le limitazioni di cui all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" applicate con effetto dalla Data di Decorrenza del Contratto.

Trascorso il periodo di sospensione del Contratto senza che il Contraente/Assicurato abbia versato i premi arretrati, lo stesso non è più riattivabile. In quest'ultimo caso il Contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

#### **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 o dell'eventuale referente terzo devono essere comunicate per iscritto all'Impresa di Assicurazione.

Revoche e modifiche dei soli Beneficiari sono efficaci anche se contenute nel testamento del Contraente, purchè 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** come previsto dall'art. 48 del Regolamento IVASS n. 5 del 16 ottobre 2006, come modificato dal provvedimento IVASS n. 2946 del 6 dicembre 2011, salvo successive modifiche o integrazioni.

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

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

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

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

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi al Soggetto Incaricato, presso il quale era stato sottoscritto il Contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800.11.44.33 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni\_vita@aviva.com.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

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 di Assicurazione la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'Impresa di Assicurazione.

#### **IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO**

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

- 1. Richiesta di liquidazione;**
- 2. Certificato di morte;**
- 3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
- 4. Documentazione medica.**

**Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

**1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- per il tramite del Soggetto Incaricato attraverso la compilazione del Modulo di Richiesta di Liquidazione;
- utilizzando il modulo liquidativo scaricabile dal sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it);
- in carta semplice, inviandola direttamente ad AVIVA S.p.A., Via Scarsellini n. 14 - 20161 Milano – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza;

- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare il legame di parentela con il Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

### 3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: ***“Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:”***

a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it))**

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it)):**

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:
- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero “nipoti”/“pronipoti”, specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

### 4. DOCUMENTAZIONE MEDICA:

i. **In caso di MORTE NATURALE:**

**Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it)),** attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

*Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:*

- a. emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;
  - b. emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);
  - c. emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).
- ii. **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio** - oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

*Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800.11.44.33, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.*

**Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:**

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:** in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it) nella sezione “moduli” -;
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore).**

**PRESENZA DI UN PROCURATORE:** in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia della procura autenticata dalle autorità competenti**, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (*si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie*);
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore).**

**BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ:** in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà**;
- **copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore)**, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- **copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi**;

- indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi;
- indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP).

**BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE:** in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore)**, dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di Assicurazione di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

**IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE:** in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;

oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta: nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
  - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
  - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

**IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:**

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

**Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa di Assicurazione 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.

#### **Art. 19 DUPLICATO DELLA PROPOSTA-CERTIFICATO**

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

#### **Art. 20 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

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

Tali atti diventano efficaci solo quando l'Impresa di Assicurazione, dietro comunicazione scritta del Contraente/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 di Assicurazione invia tale Appendice al Contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione trasmessa dal Contraente.

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

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

Non è consentito cedere il Contratto, costituire in pegno o un vincolo a favore del Soggetto Incaricato come previsto dall'art. 48 del Regolamento IVASS n. 5 del 16 ottobre 2006, modificato dal Provvedimento IVASS n. 2946 del 6 dicembre 2011, salvo successive modifiche o integrazioni.

### **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 di Assicurazione farà al Contraente/Assicurato ed ai Beneficiari saranno indicati con due decimali. Quando necessario, l'arrotondamento della seconda cifra avverrà per eccesso.

### **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 di mediazione previsto dalla normativa vigente, ove possibile, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto presso un apposito registro del Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

### **Art. 24 INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO**

L'Impresa di Assicurazione trasmette entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

L'Impresa di Assicurazione comunica, in occasione della trasmissione dell'estratto conto annuale della posizione assicurativa o in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

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

L'Impresa di Assicurazione fornisce riscontro a ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente/Assicurato o dagli aventi diritto, in merito alla richiesta di ricevere le Condizioni di Assicurazione, all'esistenza o all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta.

Inoltre, 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 di Assicurazione, la prestazione assicurata, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

---

## CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO

---

Il presente Contratto presuppone la coincidenza tra la figura dell'Assicurato e la figura del Contraente (Contraente/Assicurato).

In capo al medesimo Contraente/Assicurato può essere stipulato al massimo un solo Contratto di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte a Capitale Costante a Premio Annuo denominato "Vita Protetta Smart" di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione.

Il presente Contratto viene stipulato con la sola sottoscrizione della "Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato" contenuta nella Proposta-Certificato - fatto salvo quanto stabilito all'Art. 8 "ESCLUSIONI" e all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" che precede.

Qualora il Contraente/Assicurato richieda l'eliminazione del periodo di Carenza di cui al precedente Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA", il pagamento del premio annuo – o della prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso – e l'emissione della Proposta/Certificato - verrà effettuato successivamente all'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione. A tal fine l'Impresa di Assicurazione richiederà la trasmissione:

- del "Rapporto di visita medica" (su apposito modulo Mod. 09015) debitamente compilato da parte del medico curante;
- dell'esame completo delle urine;
- degli esami del sangue: colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia, creatininemia, azotemia, AST, ALT, gamma GT, HbsAg, anti HCV;
- del test HIV.

Qualora il Contraente/Assicurato non fornisca all'Impresa di Assicurazione il Test HIV, l'Impresa di Assicurazione stessa non procederà alla deroga dei termini di carenza per AIDS di cui al precedente Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora dalla documentazione trasmessa emergano fattori di rischio, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio  
*ovvero*
- richiedere ulteriore documentazione (riservandosi la facoltà, sulla base delle risultanze, di accettare o rifiutare il rischio).

L'Impresa di Assicurazione comunicherà al Contraente/Assicurato, tramite il Soggetto Incaricato, l'eventuale rifiuto del rischio.

---

## ELENCO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT AMATORIALI E/O PROFESSIONALI ESCLUSI DALLA GARANZIA

---

*Nel caso in cui il Contraente/Assicurato svolga una delle professioni e/o degli sport amatoriali e/o professionali riportate di seguito, è necessario tenere presente che è escluso dalla Garanzia prevista dal Contratto il decesso del Contraente/Assicurato avvenuto a causa del loro esercizio.*

### PROFESSIONI

- Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte:
  - Personale operante in area di conflitto
  - Personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc..)
  - Personale imbarcato su sottomarini
- Giornalista, reporter e fotoreporter operante in aree di conflitto
- Operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi - minatore
- Operaio/addetto estrazione, produzione e rimozione amianto
- Piloti di aerei a reazione
- Pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista)

### ESERCIZIO PROFESSIONALE DEI SEGUENTI SPORT (in qualità di insegnante o sportivo professionista)

- Alpinismo
- Attività di sub
- Automobilismo
- Equitazione
- Motociclismo
- Motonautica
- Paracadutismo
- Pugilato
- Sci alpinismo
- Snowboard acrobatico e/o estremo
- Speleologia
- Sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting)
- Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

### ESERCIZIO AMATORIALE DEI SEGUENTI SPORT

- Alpinismo (se praticato oltre il 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza)
- Attività di sub (nel caso in cui si verifichi una o più di queste condizioni: senza accompagnamento,
  - in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte,
  - visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record).
- Equitazione
- Gare di automobilismo
- Gare di motociclismo
- Motonautica
- Sci alpinismo
- Snowboard acrobatico e/o estremo
- Speleologia
- Sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/
  - repelling, canoa/rafting)
- Paracadutismo
- Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

---

## GLOSSARIO

---

**Banca:** UniCredit S.p.A..

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata nella Proposta-Certificato dal Contraente/Assicurato e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**Capitale assicurato:** in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata del Contratto, pagamento ai Beneficiari designati del capitale scelto dal Contraente/Assicurato in fase di sottoscrizione del Contratto.

**Carenza:** periodo durante il quale la Garanzia del Contratto non è efficace. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo l'Impresa di Assicurazione corrisponderà l'ammontare dei premi versati.

**Contraente/Assicurato:** persona fisica che stipula il Contratto e sulla cui vita viene stipulato il Contratto stesso. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

**Contratto:** è un Contratto di Assicurazione di tipo temporanea per il caso di morte a capitale costante e predefinito e a premio annuo costante, con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento dei premi, 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).

**Conclusione del Contratto:** il Contratto si considera concluso quando viene sottoscritta la Proposta-Certificato da parte del Contraente/Assicurato e viene versato il primo Premio Annuo costante - o la prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso -.

**Costo Percentuale:** il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto.

**Data di Decorrenza:** data dalla quale decorre la Garanzia prevista dal Contratto ovvero le ore 24 della Data di Conclusione. La data di decorrenza è indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma.

**Data di Scadenza:** data dalla quale cessano gli effetti del Contratto.

**Durata del Contratto:** intervallo di tempo compreso tra la Data di Decorrenza e la sua scadenza, durante il quale è operante la Garanzia ed ha validità il Contratto. Il presente Contratto ha una Durata fissata in 10, 15 o 20 anni.

**Garanzia:** l'impegno dell'Impresa di Assicurazione a liquidare ai Beneficiari il Capitale assicurato in caso di decesso del Contraente/Assicurato.

**Impresa di Assicurazione:** - Aviva 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, è 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 di Assicurazione nei confronti degli Assicurati.

**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.

**Premio Annuo:** importo che il Contraente/Assicurato si impegna a corrispondere all'Impresa di Assicurazione per la Durata del Contratto finché in vita.

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

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

**Referente Terzo:** persona designata dal Contraente/Assicurato, diversa da Beneficiario, cui l'impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

**Riattivazione:** facoltà del Contraente/Assicurato di riprendere, entro i termini fissati, il versamento dei premi a seguito della Sospensione nel pagamento dei premi.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del Contratto.

**Soggetto Incaricato:** sportello della Banca presso cui è stato stipulato il Contratto.

**Sospensione:** facoltà data al Contraente/Assicurato, a determinate condizioni, di sospendere il pagamento dei premi.

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

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

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata il 28 febbraio 2018

---

## 1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva S.p.A. con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la “**Società**”), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi al Contraente/Assicurato/beneficiario (di seguito l’“**Interessato**”) ai sensi della polizza assicurativa (la “**Polizza**”) a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

## 2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall’Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

## 3. PER QUALI FINALITÀ SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell’Interessato per le seguenti finalità:

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi, (comprese la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell’Interessato e l’esecuzione - anche tramite *call center* - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell’attività degli incaricati di cui si avvale la Società), e
- per la prestazione dei servizi connessi all’attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l’invio di comunicazioni funzionali all’iscrizione all’area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell’ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

## 4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per le FINALITÀ ASSICURATIVE di cui al precedente paragrafo 3, ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati.

Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l’eventuale revoca, determinerà quindi l’impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

## 5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l’ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l’analisi delle caratteristiche dell’Interessato, permette di inquadrare lo stesso all’interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell’esecuzione della Polizza.

Con riferimento all’adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell’Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l’Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

## 6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell’Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta “catena assicurativa” quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, 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, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e

consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## **7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?**

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

## **8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?**

Fermo restando la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, lo stesso potrà, in ogni momento e gratuitamente:

- a) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
- c) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- e) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In aggiunta ai diritti sopra elencati, l'Interessato potrà beneficiare con effetto dal 26 maggio 2018 dei diritti di cui al paragrafo 10 della presente informativa.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via email al seguente indirizzo: [privacy\\_aviva@aviva.com](mailto:privacy_aviva@aviva.com), o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

## **9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?**

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

## **10. COSA CAMBIA CON L'INIZIO DELL'EFFICACIA DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE**

Le seguenti previsioni decorreranno dal 26 maggio 2018, data di efficacia del Regolamento generale sul trattamento dei dati personali 679/2016/UE (il "**Regolamento Privacy**").

### Responsabile della protezione dei dati personali

Il responsabile della protezione dei dati personali ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy è contattabile al seguente indirizzo email: [dpo.italia@aviva.com](mailto:dpo.italia@aviva.com), o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

### Termine di conservazione dei dati personali

I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile. Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati, anonimizzati o aggregati.

### Ulteriori diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

- a) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
  - I) l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
  - II) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
  - III) benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
  - IV) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- b) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- c) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- d) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano.

#### Diritto di reclamo

L'Interessato avrà il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

### **11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI**

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

In ogni caso, l'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata sul sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it), nella pagina dedicata ai *Prodotti*, nonché consultare ogni notizia utile in materia nella sezione *Privacy* dello stesso sito.



**Aviva S.p.A.**  
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.aviva.it  
Tel: +39 02 2775.1  
Fax: +39 02 2775.204  
Pec: aviva\_spa@legalmail.it

# PROPOSTA-CERTIFICATO VITA PROTETTA SMART (TARIFFA TE25)

Data ultimo aggiornamento: 1° gennaio 2019

COD. PRODOTTO    AGENZIA    RETE    BANCA    SPORTELLO    COLLOCATORE	PROPOSTA DI ADESIONE N. POLIZZA N.
<b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b> Cognome e Nome Luogo e data di nascita Indirizzo Documento di identità Ente, Luogo e Data rilascio Codice fiscale Professione Attività economica: Indirizzo e-mail Numero Sesso SAE    RAE    TAE Numero di cellulare	
<b>BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE/ASSICURATO:</b>	
<b>AVVERTENZA:</b> La invitiamo a compilare dettagliatamente la sezione dedicata ai dati dei Beneficiari in forma nominativa; in mancanza l'Impresa di Assicurazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi. Ricordiamo altresì che la modifica o la revoca dei Beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.	
<input type="checkbox"/> <b>Beneficiario nominativo:</b> Cognome/Ragione sociale    Nome Data di nascita    Sesso    Luogo di nascita Codice Fiscale/Partita IVA Telefono    E-mail Indirizzo    Località CAP    Provincia	
Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata. Il Contraente/Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> <b>Beneficiario nominativo:</b> Cognome/Ragione sociale    Nome Data di nascita    Sesso    Luogo di nascita Codice Fiscale/Partita IVA Telefono    E-mail Indirizzo    Località CAP    Provincia	
Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata. Il Contraente/Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> <b>Beneficiario nominativo:</b> Cognome/Ragione sociale    Nome Data di nascita    Sesso    Luogo di nascita Codice Fiscale/Partita IVA Telefono    E-mail Indirizzo    Località CAP    Provincia	
Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata. Il Contraente/Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

**Beneficiario nominativo:**

Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

Il Contraente/Assicurato vuole escludere l'invio al Beneficiario di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento?  Sì  No

**Beneficiario generico:** \_\_\_\_\_

**Referente terzo:**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa di Assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso del Contraente/Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (Tariffa TE25)**

Premio Annuo \_\_\_\_\_ Frazionamento \_\_\_\_\_  
Capitale assicurato in caso di morte: \_\_\_\_\_  
Durata \_\_\_\_\_  
Data di decorrenza \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_

**CARENZA**

Come riportato all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione, il presente Contratto viene assunto con applicazione del periodo di carenza.

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il pagamento del premio o delle rate di premio viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul rapporto IBAN sotto indicato. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento fa fede la documentazione contabile del Competente Istituto di Credito.

**AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO**

Il Titolare autorizza la Banca ad addebitare i premi sul proprio rapporto nr.

Codice IBAN \_\_\_\_\_  
IL TITOLARE DEL RAPPORTO \_\_\_\_\_

**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. 4 "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato"; Art. 5 "Conclusione del Contratto"; Art. 6 "Decorrenza del Contratto"; Art. 7 "Efficacia della copertura Assicurativa"; Art. 8 "Esclusioni"; Art. 9 "Clausola di Carenza"; Art. 10 "Diritto di recesso del Contratto"; Art. 14 "Sospensione del Contratto"; Art. 19 "Pagamenti dell'Impresa"; Art. 21 "Cessione, pegno e vincolo".

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA DI AVER RICEVUTO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO:**

- la copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP Aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dalla presente Proposta-Certificato;
- il documento contenente i dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività, nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente/Assicurato (documento intitolato "Informazioni da rendere al Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto").

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURATO DICHIARA INOLTRE di avere LETTO, COMPRESO E ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente/Assicurato potrà recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. 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.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Contraente/Assicurato:

- conferma che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Proposta-Certificato – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- prende atto che il Contratto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato e il pagamento del primo premio annuo – o rata di premio, in caso di frazionamento del premio –, è concluso e che Aviva S.p.A. – l'Impresa –, si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla presente Proposta-Certificato, fatto salvo il penultimo comma dell'Articolo "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- prende atto che la prestazione assicurativa decorre a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto e che la copertura assicurativa si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 8 "ESCLUSIONI" e all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 24 del giorno di decorrenza.

La Conclusione del Contratto è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della Dichiarazione sullo stato di salute del Contraente/Assicurato oppure
- qualora il Contraente/Assicurato richieda l'eliminazione del periodo di Carenza – all'accettazione del rischio da parte dell'Impresa secondo quanto riportato al punto "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione

e, in ogni caso, al versamento del primo premio – o della prima rata di premio in caso di frazionamento mensile dello stesso.

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

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

Il Contraente/Assicurato dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

## AVVERTENZE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione della dichiarazioni sullo stato di salute del Contraente/Assicurato, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazioni sullo stato di salute del Contraente/Assicurato;
- c) il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

## DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Agli effetti della validità della Polizza l'Assicurato **DICHIARA** espressamente:

- a) di **NON** aver avuto negli ultimi **10 anni** la diagnosi di una delle seguenti malattie:
  1. cancro / tumore (compresi linfomi, leucemie e mielomi)
  2. malattie cardiovascolari, circolatorie e cerebrovascolari (ad esempio infarto, ictus, trombosi) ad eccezione di ipertensione arteriosa
  3. malattie del fegato (ad esempio epatite cronica, cirrosi epatica)
  4. malattie dell'apparato urogenitale (ad esempio insufficienza renale cronica, rene policistico)
  5. malattie dell'apparato respiratorio (ad esempio insufficienza respiratoria cronica, enfisema, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)
  6. malattie del sistema nervoso centrale e/o periferico (ad esempio SLA, sclerosi multipla, paralisi ecc.) e della psiche (ad esempio depressione, schizofrenia)
  7. malattie osteoarticolari immunitarie (artrite reumatoide, artrite psoriasica)
  8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, ulcera, talassemia, obesità
  9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate

- b) di **NON** essersi sottoposto negli **ultimi 12 mesi** a cure farmacologiche continuative e/o controlli periodici clinico-specialistici in relazione alle malattie elencate al paragrafo a)
- c) di **NON** essersi sottoposto negli **ultimi 12 mesi** a indagini diagnostiche strumentali (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, radiografie, mammografie, biopsie) con esito al di fuori della norma
- d) di **NON** avere **valori pressori superiori** a 140 mm Hg di massima oppure superiori a 90 mm Hg di minima, anche se in terapia farmacologica;
- e) di **NON** presentare **postumi invalidanti** causati da malattie o infortuni, di **NON** essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità, **NÉ** di aver fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (ASL, INPS, INAIL)

**DICHIARAZIONE SULLO SVOLGIMENTO DELLE PROFESSIONI E DEGLI SPORT PROFESSIONALI E/O AMATORIALI ESCLUSI DALLA GARANZIA**

**Agli effetti della validità della Polizza l'Assicurato inoltre DICHIARA espressamente di:**

- a) essere consapevole che nel caso pratici una delle **attività professionali** elencate (vedi elenco A) la copertura assicurativa **NON** sarà operante durante l'esercizio delle stesse;
- b) essere consapevole che nel caso pratici una o più delle **attività sportive** elencate (vedi elenco B) la copertura assicurativa **NON** sarà operante durante la pratica delle stesse.

Elenco A

Operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi-minatore, addetto/operaio estrazione/produzione e rimozione di amianto, giornalista/reporter e fotoreporter operante in area di conflitto. Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte: personale operante in area di conflitto, personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc), personale imbarcato su sottomarini. Insegnante o sportivo professionista delle seguenti attività: alpinismo, sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, attività di sub, automobilismo, motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting), volo su aeromobili/alianti/deltaplano/parapendio, equitazione, pugilato. Pilota di aerei a reazione, pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista).

Elenco B

Alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza, attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record), sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting), volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio, equitazione, pugilato.

Il Contraente/Assicurato dichiara di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.

Il Contraente/Assicurato dichiara, agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulle valutazioni 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.

Il Contraente/Assicurato proscioglie dal segreto professionale tutti i medici nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano ed autorizza 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 \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE E DELL'ADEGUATEZZA**  
(da compilarsi a cura del Contraente con l'assistenza dell'addetto all'attività di intermediazione assicurativa)

Gentile Contraente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze assicurative.

Non è possibile procedere a tale sottoscrizione nel caso in cui, sulla base delle informazioni fornite, il prodotto risulti inadeguato.

Qualora ricorra tale ipotesi Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la Dichiarazione riportata in calce al presente Questionario.

**A. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE**

Nome e Cognome del Contraente \_\_\_\_\_

**B. ESIGENZE ASSICURATIVE**

**B.1** Ha l'esigenza di garantire a uno o più soggetti (quali parenti o altre persone care) una tutela economica in forma di indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato?

Sì  No

**B.2** Ha l'esigenza di coprirsi per un orizzonte temporale compreso tra 10 e 20 anni per le garanzie di cui sopra?

Sì  No

**B.3** Ha l'esigenza di coprirsi per un importo compreso tra 25.000 euro e 75.000 euro per le garanzie di cui sopra?

Sì  No

**C. ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA**

**C.1** Attualmente ha già sottoscritto altre coperture assicurative che garantiscono a uno o più soggetti terzi (quali parenti o altre persone care) una tutela economica in forma di indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato?

Sì  No

**C.2** Intende comunque stipulare un'ulteriore copertura assicurativa volta a soddisfare il medesimo bisogno, per garantire un'ulteriore tutela economica in forma di indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato a soggetti terzi da tutelare, ovvero per soddisfare ulteriori soggetti terzi?

Sì  No

**D. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ**

**D.1** Il Contraente ha domicilio in Italia?

Sì  No

*Le rammentiamo che la valutazione delle esigenze assicurative si basa sulle informazioni da Lei fornite, come riepilogate sopra. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.*

*Le ricordiamo, inoltre, che la polizza oggetto di valutazione prevede massimali somme assicurate per ciascuna garanzia, nonché limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, che sono riportati nella documentazione precontrattuale e che La invitiamo a leggere con attenzione al fine di verificarne la corrispondenza con le Sue esigenze ed aspettative.*

In caso di non adeguatezza alle esigenze assicurative del suo profilo e dunque nell'impossibilità di farle una proposta contrattuale, La informiamo che comunque la Banca e l'Impresa di Assicurazione a potranno trattare e conservare i suoi dati personali, per un periodo di tempo limitato, al solo scopo di evitare ulteriori proposte non conformi al suo profilo.

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto a tutte le domande del "Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza" secondo quanto riportato nel Questionario stesso e, valutate le caratteristiche del prodotto, dichiara di voler acquistare il medesimo in quanto risultato adeguato alle proprie esigenze assicurative così come risultanti dal presente Questionario.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE IN CASO DI INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Contraente prende atto che, per i principali motivi sotto riportati, il prodotto non risulta adeguato rispetto alle proprie esigenze assicurative, così come dallo stesso indicate nel presente Questionario e che ciò non consente di procedere con la sottoscrizione del relativo contratto.

MOTIVAZIONI

---

---

---

---

---

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE/ASSICURATO \_\_\_\_\_

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

NOME E COGNOME (stampatello) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

# AREA CLIENTI MyAviva



Pochi click per essere sempre aggiornato,  
quando e dove vuoi.

**Attiva subito** il tuo account su [www.aviva.it](http://www.aviva.it)  
e **accedi alla tua area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative  
in essere



Lo stato dei pagamenti  
e le relative scadenze



Le condizioni contrattuali  
e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

**Aviva S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva\_spa@legalmail.it

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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini  
14 - 20161 Milano Pec: aviva\_spa@legalmail.it  
Capitale Sociale Euro 247.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di  
Milano 1284961 Iscrizione al Registro delle Imprese  
di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269930153  
Società 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'Artigi-  
anato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n.  
186 del 10/08/1989) Iscrizione all'Albo delle Imprese  
di Assicurazione n. 1.00081 Iscrizione all'albo dei  
gruppi assicurativi n. 038.00008