

# Temporanea Caso Morte a Premi Monoannuali con rinnovo

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

Tariffa TG02

IL SEGUENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione comprensive di:
- Glossario;
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- Modulo di Proposta Certificato;

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA - CERTIFICATO

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E LA NOTA INFORMATIVA

# 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

# 1. NOTA INFORMATIVA

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

---

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

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

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. INFORMAZIONI GENERALI

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

Numero di telefono: 800.114433 - sito internet: [www.aviva.it](http://www.aviva.it) -

Indirizzo di posta elettronica:

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

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

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

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Life S.p.A. è pari a Euro 26.583.511,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 25.480.080,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 3.885.255,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa Assicurativa calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa Assicurativa stessa è pari al 159%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 291%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa Assicurativa.

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

#### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

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

Il Contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

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

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

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

La presente garanzia viene prestata:

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

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

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

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

#### 4. PREMIO ANNUO

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

Il premio annuo è determinato in base:

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

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

I premi annui possono essere corrisposti solo con frazionamento annuale.

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

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

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

#### 5. COSTI

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

##### 5.1.1 **COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

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

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

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

\* \* \* \* \*

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

<b>Quota-Parte Retrocessa agli Intermediari</b>
66,67%

## 6. SCONTI

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

## 7. REGIME FISCALE - LEGALE

### 7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

### 7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

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

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

### 7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

### 7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

### 7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente/Assicurato ha versato il Premio annuo iniziale, ha sottoscritto il Certificato di Assicurazione ed ha adempiuto quanto previsto nei termini di cui al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione per la verifica dello stato di salute.

In ogni caso la conclusione del Contratto è subordinata all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela previsti dalla disciplina antiriciclaggio.

Le prestazioni del Contratto decorrono dalle ore 24 della data di conclusione dello stesso; qualora il Certificato di assicurazione riporti una Data di decorrenza successiva, il Contratto decorre dalle ore 24 del giorno previsto nel Certificato stesso a condizione che sia già stato corrisposto il premio iniziale.

---

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

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

### **9.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

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

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

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

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

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

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

## **10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

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

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

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

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

Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini n. 14

20161 Milano.

## **12. DIRITTO DI RECESSO**

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

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

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

Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini n. 14

20161 Milano.

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

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

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

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

---

**Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.114433.**

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

### **13.2 PRESCRIZIONE**

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

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

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

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

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

### **16. RECLAMI**

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

Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano

telefax 02 2775 245

reclami\_vita@aviva.com.

Per i reclami riguardanti il comportamento dell'intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, occorre invece fare una distinzione:

- se l'intermediario è un Broker, una Banca o una SIM, i reclami devono essere inoltrati all'intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati all'Impresa, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall'uno all'altro, dandone contestuale notizia al reclamante;
- se l'intermediario è un Agente, i reclami devono essere inoltrati sempre all'Impresa che provvede a gestirli direttamente.

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

IVASS

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito dell'Impresa, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con

---

l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **19. CONFLITTO DI INTERESSI**

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

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

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

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

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

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

---

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

\* \* \* \* \*

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

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



Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

---

#### ART. 1 OBBLIGHI DELL'IMPRESA

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

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

#### ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

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

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

#### ART. 3 CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

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

#### ART. 4 PRESTAZIONE ASSICURATA

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

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

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

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

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

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

L'inesatta indicazione dell'età del Contraente/Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

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

## ART. 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

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

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

## ART. 7 DECORRENZA DEL CONTRATTO

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

## ART. 8 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

## ART. 9 ESCLUSIONI

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

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

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

---

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

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

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

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

L'Impresa non applicherà i termini di Carenza di cui sopra, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero Capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del Contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post - vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto (Data di decorrenza);
- di infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per infortunio (fermo restando quanto indicato all'Art. 9 "ESCLUSIONE" che precede) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Il Contratto si estingue solo nei seguenti casi:

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

#### **ART. 13 LIMITI DI ETÀ**

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

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

Si precisa che l’età del Contraente/Assicurato, ai fini assicurativi, è quella calcolata alla data di decorrenza indicata nel Certificato di assicurazione senza tener conto delle frazioni d’anno inferiori a 6 mesi ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a 6 mesi.

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

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

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

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

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

I Premi possono essere versati solo con frazionamento annuale.

Il Premio annuo è determinato in base:

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

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

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

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

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

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 Life 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/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:"**

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 legatari 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 il Contraente/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 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 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: 800.114433, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.*

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

**MINORI/INTERDETTI/INCAPACI:** in questo caso l'Impresa 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 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 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 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 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 apertesi 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 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 DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

**ART. 22 ARROTONDAMENTI**

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

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

**ART. 23 FORO COMPETENTE**

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

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

## 2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE E DI RINNOVO DEL CONTRATTO

---

### CONDIZIONI DI ASSUNZIONE

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

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

Nel caso in cui dalla documentazione sanitaria/sportiva emergano fattori di rischio, l'Impresa si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

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

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

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

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

Il presente Contratto viene assunto dall'Impresa:

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

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

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

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

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

### CONDIZIONI DI RINNOVO DELLA COPERTURA

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

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FUNZIONE DELL'ETA' E DEL CAPITALE**

**PER ETÀ DEL CONTRAENTE/ASSICURATO FINO A 50 ANNI COMPRESI:**

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

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

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

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

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

**DOCUMENTAZIONE FINANZIARIA:**

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

## 2.2 ELENCO DEGLI SPORT ESCLUSI

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

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

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

## 2.3 TABELLA DEI TASSI

Tassi di premio per 1.000€ di capitale assicurato

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

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

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

### 3. GLOSSARIO

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Durata del Contratto:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità il Contratto;

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

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

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

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

**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; il Premio annuo varia ad ogni eventuale rinnovo del Contratto;

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

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

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

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

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

Data ultimo aggiornamento: 25 maggio 2018

# 4. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata il 25 maggio 2018

---

## 1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva Life 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 all'assicurato/contraente/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.

**Nota Bene:** qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

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

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

- a) **FINALITÀ ASSICURATIVE:** I dati personali dell'Interessato vengono trattati
- 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.
- b) **FINALITÀ DI INTERESSE LEGITTIMO:** i Suoi dati potranno infine essere trattati per il perseguimento dell'interesse legittimo della Società o di altre società del gruppo Aviva, nell'ambito delle seguenti finalità:
- Attività di test e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
  - Statistiche utilizzo sito web;
  - Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi;
  - Verifiche di audit interno, controlli a campione sulle polizze e reportistica.

## 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 a), 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.

Il trattamento per le Finalità di Interesse Legittimo per il perseguimento dell'interesse legittimo del Titolare e delle proprie controparti allo svolgimento delle operazioni economiche ivi indicate è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il “**Regolamento Privacy**”). Il trattamento per le Finalità di Interesse Legittimo **non è obbligatorio** e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le Finalità di Interesse Legittimo.

## 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 a) 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 consorzi 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;
- f) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse.

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

- g) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
- l) 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;
- h) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- i) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- j) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano
- k) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

---

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.

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato 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.

#### **10. 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.

#### **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 di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione *Privacy* del sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

# Temporanea Caso Morte a Premi Monoannuali con rinnovo



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

(Tariffa TG02)

PROPOSTA CONTRATTUALE

FAC SIMILE

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

(Tariffa TG02)

Codice Sog. Incaricato	_____	Soggetto Incaricato	_____
Codice SubAgente	_____	SubAgente	_____

<b>CONTRAENTE/ASSICURATO</b>	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE		SESSO
	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	CITTADINANZA	
	RESIDENZA (Via e N. Civico)	C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO
	INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (Via e N. Civico)	C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO
	TIPO DOCUMENTO	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)	DATA SCADENZA
	PROFESSIONE	ATTIVITÀ ECONOMICA:			
	INDIRIZZO E-MAIL	NUMERO DI CELLULARE			
		SAE	TAE	RAE	

<b>BENEFICIARI</b>	Il Contraente/Assicurato designa i seguenti Beneficiari:
	<p><b>per il caso di morte</b></p> <input type="checkbox"/> gli eredi legittimi del Contraente/Assicurato in parti uguali <input type="checkbox"/> il coniuge del Contraente/Assicurato al verificarsi dell'evento e in difetto i figli dello stesso <input type="checkbox"/> altri (specificare) _____
<p><b>AVVERTENZA: in caso di mancata indicazione nominativa dei Beneficiari - corredata di codice fiscale, email e/o tel. - l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata all'Impresa di Assicurazione.</b></p>	
Luogo e data, .....	<b>FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>

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

<b>DICHIARAZIONI</b>	<b>DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO:</b>
	<b>Il sottoscritto Contraente/Assicurato:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conferma che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Proposta - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;</li> <li>• dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;</li> <li>• prende atto che la copertura assicurativa opererà solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte dell'Impresa e comunque sempre successivamente al pagamento del premio;</li> <li>• a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta, prende atto che il Contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente/Assicurato stesso versa il Premio annuo iniziale e sottoscrive il Certificato di assicurazione emesso dall'Impresa; fatto salvo il penultimo comma dell'Art. 4 "DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO" delle Condizioni di Assicurazione ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;</li> <li>• prende atto che il Contratto decorre, a partire dalle ore 24 della data di conclusione o dalla data indicata nel Certificato di assicurazione - se successiva - a condizione che sia stato versato il relativo premio comunicato dall'Impresa. La copertura assicurativa si intende operativa a condizione che il premio annuo iniziale sia stato corrisposto;</li> <li>• prende atto che il pagamento del premio annuo iniziale deve essere effettuato con le modalità indicate nella successiva sezione relativa ai pagamenti;</li> <li>• dichiara di aver preso conoscenza dell'Art. 2 "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione.</li> </ul>
	L'Impresa si riserva il diritto - nel caso che dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo - di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.
	Il Contraente/Assicurato dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.
Luogo e data, .....	<b>FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO</b>

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

**DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:  
 Art. 5 Dichiarazioni del Contraente/Assicurato; Art. 6 Conclusione del Contratto; Art. 7: Decorrenza del Contratto; Art. 8 Efficacia della Copertura Assicurativa; Art. 9 Esclusioni; Art. 10 Clausola di Carenza; Art. 11: Diritto di revoca e di recesso del Contratto; Art. 15 Sospensione del Contratto; Art. 16 Riscatto, Prestiti; Art. 18 Pagamenti dell'Impresa; Art. 20: Cessione e vincolo.

Luogo e data, .....

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

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO**

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

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

- ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti;
- ricevuto 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;
- LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO****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, .....

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

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

In tutti i casi di pagamento con bonifico bancario occorre indicare i dati dell'ordinante:

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ Intestatario del conto \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

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

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURATO** **CASO 1****CONTRATTO COERENTE CON LE RICHIESTE E LE ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara di aver risposto a tutte le domande del presente Questionario.

L'addetto all'attività di intermediazione:

[Nome – Cognome – Codice] \_\_\_\_\_

attesta la coerenza del contratto proposto con le richieste e le esigenze così emerse.

Luogo e data, .....

**FIRMA DELL'ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE****FIRMA DEL CONTRAENTE** **CASO 2****CONTRATTO NON COERENTE CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara di aver risposto a tutte le domande del presente Questionario.

L'addetto all'attività di intermediazione:

[Nome – Cognome – Codice] \_\_\_\_\_

dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni ottenute, il contratto proposto non risulta coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

**MOTIVAZIONI**

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

Luogo e data, .....

**FIRMA DELL'ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE****FIRMA DEL CONTRAENTE** **CASO 3****RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' RISPOSTE**

Il Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel presente Questionario o ad alcune di esse.

L'addetto all'attività di intermediazione:

[Nome – Cognome – Codice] \_\_\_\_\_

dichiara di aver informato il Contraente che ciò pregiudica la capacità di stabilire se il contratto proposto risulti coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data, .....

**FIRMA DELL'ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE****FIRMA DEL CONTRAENTE**

DICHIARAZIONI

PAGAMENTI

DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO

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

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

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

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

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

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

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

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

**MALATTIE CARDIO – VASCOLARI**

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

**MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

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

**MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

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

**MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO**

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

**MALATTIA APPARATO DIGERENTE**

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

**MALATTIE APPARATO URO-GENITALE**

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

**MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE**

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

**MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO**

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

**MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO**

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

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

**Il sottoscritto:**

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

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO**

## QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

**SÌ**      **NO**

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

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

TIPO DI ASSICURAZIONE	RIFIUTO/DIFFERIMENTO CONDIZIONI SPECIALI	CAUSA	DATA

3. Percepisce o è in attesa di percepire una pensione di invalidità, oppure una pensione per inabilità permanente, oppure riceve un anticipo di pensione per ragioni di salute?

In caso di risposta affermativa si prega di specificare tipo di pensione, grado di invalidità, cause.

TIPO DI PENSIONE	GRADO DI INVALIDITÀ	CAUSA

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

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

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

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

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

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

TIPO DI SOSTANZA	PERIODO DI ASSUNZIONE	QUANTITÀ GIORNALIERA

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

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

INTERVENTO/CAUSA DEL RICOVERO	DATA	DURATA	ESITO

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

ESAME	MOTIVO	DATA	ESITO

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

Dichiaro di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza.  
Dichiaro agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.  
Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ed autorizzo sin d'ora l'Impresa stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO**

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE**

- Il sottoscritto Contraente/Assicurato conferma che:
- ha ricevuto una copia non pre-compilata del questionario;
  - ha effettuato un'attenta e meditata lettura del contenuto del questionario stesso;
  - il presente questionario è stato compilato sulla base di dichiarazioni spontanee da lui rilasciate in sede di intervista.

Luogo e data, .....

**FIRMA DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO**

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

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it



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



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

FAC SIMILE









## Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it



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



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

