

# Aviva Safety Life 2

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



## IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Scheda Sintetica;
- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Modulo di Proposta-Certificato.

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

---

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

---



---

## SOMMARIO

<b>1. NOTA INFORMATIVA</b>	pag.	3
<b>2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> COMPRESIVE DI:	pag.	12
2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO	pag.	19
<b>3. GLOSSARIO</b>	pag.	23
<b>4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA</b>	pag.	25
<b>5. MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO</b>	pag.	29

---



# 1. NOTA INFORMATIVA

## AVIVA SAFETY LIFE 2 (TARIFFE 215F - 215N)

---

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

## **A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE**

### **1. INFORMAZIONI GENERALI**

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

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

Aviva S.p.A è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto nr. 18240 del 28/7/1989 (Gazzetta Ufficiale nr. 186 del 10/8/1989).

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

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

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

Aviva S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc.

Il prodotto viene distribuito da FinecoBank S.p.A. appartenente al Gruppo Bancario Unicredit.

La Società, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

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

### **3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE**

Le prestazioni assicurative indicate di seguito, sono operanti per tutta la durata del Contratto.

La durata del Contratto, è il periodo di tempo compreso tra la data di decorrenza del Contratto e la data di scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità il Contratto.

Il presente Contratto è stato predisposto per durate comprese tra 1 e 20 anni.

La Società a fronte del versamento di premi annui costanti si impegna a corrispondere una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Il premio versato viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal Contratto (rischio di mortalità).

### PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, la Società liquida immediatamente, ai Beneficiari del Contratto, l'importo del capitale assicurato.

La prestazione è garantita dal versamento di premi annui costanti.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i premi annui costanti corrisposti resteranno acquisiti dalla Società.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi annui o delle rate di premio versate.

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, relativamente allo stato di fumatore/non fumatore o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per un Assicurato non fumatore e quello per un Assicurato fumatore.

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

- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro.
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio** e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiasesicuri.it](http://www.viaggiasesicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In questi casi la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

### **PER AIDS**

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

In questo caso la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

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

## **4. PREMIO ANNUO COSTANTE**

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

Il premio annuo costante è determinato in base annualmente o con frazionamento:

- all'importo del capitale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto (l'età dell'Assicurato è calcolata dalla data di compimento degli anni non tenendo conto delle frazioni d'anno inferiori a 6 mesi, ma considerando anno

intero le frazioni di anno superiori a 6 mesi);

- al sesso dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- all'eventuale sport praticato dall'Assicurato;
- allo stato di fumatore/non fumatore dell'Assicurato (si definisce non fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, della specifica dichiarazione presente nella Proposta-Certificato).

I premi annui costanti possono essere corrisposti annualmente o con frazionamento:

- semestrale,
- trimestrale,
- mensile,

In questo caso gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari:

- per la rateazione semestrale: 2% del premio annuo;
- per la rateazione trimestrale: 3% del premio annuo;
- per la rateazione mensile: 4% del premio annuo.

Il pagamento dei premi annui – o delle rate di premio annuo in caso di frazionamento del premio –, deve essere effettuato mediante procedura di addebito sul conto corrente del Contraente, appoggiato presso FinecoBank S.p.A..

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

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del Contraente, la Società provvederà ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio quali ad esempio nuova delega RID, bonifico bancario.

#### TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

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

#### IMPORTI DI PREMIO

**Capitale Assicurato: € 50.000,00**

**Sesso: Femminile  
Fumatore**

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	70,50	74,50	80,50	90,00
35	79,50	87,50	99,50	114,00
40	97,00	113,00	130,50	154,00
45	132,00	153,50	182,00	219,00
50	179,50	216,00	262,50	325,50

**Capitale Assicurato: € 50.000,00**

**Sesso: Maschile  
Fumatore**

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	111,50	114,00	122,00	137,50
35	117,00	129,00	150,00	179,00
40	143,50	172,50	209,50	262,00
45	208,00	254,50	321,50	408,00
50	312,00	400,00	511,00	638,50

Capitale Assicurato: € 50.000,00

Sesso: Femminile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	64,50	67,50	72,50	79,50
35	71,50	77,50	87,00	98,00
40	85,00	97,50	111,50	129,50
45	112,50	129,00	151,50	180,00
50	149,50	178,00	214,00	263,50

Capitale Assicurato: € 50.000,00

Sesso: Maschile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	88,00	89,50	95,00	105,00
35	91,50	99,50	113,00	132,00
40	109,00	128,00	152,00	187,00
45	151,00	181,50	226,00	284,00
50	219,00	277,00	351,00	438,00

Capitale Assicurato: € 100.000,00

Sesso: Femminile  
Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	110,00	118,00	130,00	149,00
35	128,00	144,00	168,00	197,00
40	163,00	195,00	230,00	277,00
45	233,00	276,00	333,00	407,00
50	328,00	401,00	494,00	620,00

Capitale Assicurato: € 100.000,00

Sesso: Maschile  
Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	192,00	197,00	213,00	244,00
35	203,00	227,00	269,00	327,00
40	256,00	314,00	388,00	493,00
45	385,00	478,00	612,00	785,00
50	593,00	769,00	991,00	1.246,00

Capitale Assicurato: € 100.000,00

Sesso: Femminile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	98,00	104,00	114,00	128,00
35	112,00	124,00	143,00	165,00
40	139,00	164,00	192,00	228,00
45	194,00	227,00	272,00	329,00
50	268,00	325,00	397,00	496,00

Capitale Assicurato: € 100.000,00

Sesso: Maschile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	145,00	148,00	159,00	179,00
35	152,00	168,00	195,00	233,00
40	187,00	225,00	273,00	343,00
45	271,00	332,00	421,00	537,00
50	407,00	523,00	671,00	845,00

Capitale Assicurato: € 200.000,00

Sesso: Femminile  
Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	189,00	205,00	229,00	267,00
35	225,00	257,00	305,00	363,00
40	295,00	359,00	429,00	523,00
45	435,00	521,00	635,00	783,00
50	625,00	771,00	957,00	1.209,00

Capitale Assicurato: € 200.000,00

Sesso: Maschile  
Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	353,00	363,00	395,00	457,00
35	375,00	423,00	507,00	623,00
40	481,00	597,00	745,00	955,00
45	739,00	925,00	1.193,00	1.539,00
50	1.155,00	1.507,00	1.951,00	2.461,00

Capitale Assicurato: € 200.000,00

Sesso: Femminile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	165,00	177,00	197,00	225,00
35	193,00	217,00	255,00	299,00
40	247,00	297,00	353,00	425,00
45	357,00	423,00	513,00	627,00
50	505,00	619,00	763,00	961,00

Capitale Assicurato: € 200.000,00

Sesso: Maschile  
Non Fumatore

ETÀ	DURATA (ANNI)			
	5	10	15	20
30	259,00	265,00	287,00	327,00
35	273,00	305,00	359,00	435,00
40	343,00	419,00	515,00	655,00
45	511,00	633,00	811,00	1.043,00
50	783,00	1.015,00	1.311,00	1.659,00

## **C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE**

### **5. REGIME FISCALE**

#### **5.1 IMPOSTE SUI PREMI**

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

#### **5.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dal Contraente per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.292,14. Il Contraente avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.

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

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

#### **5.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota le somme corrisposte in dipendenza del Contratto in caso di morte dell'Assicurato, sono esenti da IRPEF.

#### **5.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

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

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

#### **5.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ**

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

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

### **6. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO**

#### **6.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

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

#### **6.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Fatto salvo quanto disposto dal successivo punto 6.3 "EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA", le prestazioni del Contratto decorrono dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto.

#### **6.3 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa e di conseguenza l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte della Società ed in cui viene indicata la data di decorrenza

– sono in ogni caso subordinate alla sottoscrizione del Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio;

ovvero

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

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

La Società comunicherà al Soggetto Incaricato gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

#### **6.4 SFERA DI APPLICAZIONE**

Il presente Contratto può essere stipulato se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni e non superiore a 74, mentre alla data di scadenza del Contratto l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 75 anni.

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

#### **6.5 DURATA E SCADENZA DEL CONTRATTO**

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

Per questo Contratto la durata non può essere inferiore a 1 anni e non può essere superiore a 20 anni.

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

#### **7.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

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

#### **7.2 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE**

Nel caso in cui il Contraente non corrisponda una annualità di premio - o una rata di premio successiva alla prima annualità - entro 30 giorni dalla corrispondente ricorrenza del Contratto, questo viene sospeso. Se il Contraente corrisponde l'annualità di premio arretrata - o le rate di premio - entro i primi 6 mesi dalla scadenza dell'annualità di premio - o rata di premio - non pagata, il Contratto viene automaticamente riattivato. Trascorsi 6 mesi dalla ricorrenza anniversaria, la riattivazione può avvenire soltanto dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Società. La Società può, a sua discrezione, richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

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

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

### **8. 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.**

## **9. DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO**

### **DIRITTO DI REVOCA**

Nella fase che precede la conclusione del Contratto - entro e non oltre il giorno antecedente la data di conclusione del Contratto - il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta-Certificato. La revoca dovrà essere esercitata rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato e/o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata presso la Sede della Società al seguente indirizzo:

*Aviva S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.*

### **DIRITTO DI RECESSO**

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

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

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

*Aviva S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.*

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

## **10. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

### **10.1 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare alla Società, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 18 "LIQUIDAZIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

### **10.2 PRESCRIZIONE**

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

## **11. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

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

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

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

## **13. RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società:

*Aviva S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano  
telefax 02 2775 245  
reclami\_vita@avivaitalia.it.*

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

*ISVAP*

*Servizio Tutela degli Utenti*

*Via del Quirinale 21- 00187 Roma*

*telefono 06.42.133.1,*

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque variazione della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

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

#### **15. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ**

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

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

***Il Rappresentante Legale***  
***MASSIMO MICHAUD***



## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### AVIVA SAFETY LIFE 2 (TARIFFE 215F - 215N)

---

#### ART. 1 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

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

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

#### ART. 2 CONFLITTO DI INTERESSI

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

Aviva S.p.A. fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc.

Il prodotto viene distribuito da FinecoBank S.p.A. appartenente al Gruppo Bancario Unicredit.

La Società, opera in ogni circostanza in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

#### ART. 3 PRESTAZIONI DEL CONTRATTO

Il presente Contratto prevede che, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale - senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso e **con le limitazioni previste all'Art. 8 "RISCHIO DI MORTE" ed all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" che seguono** - Aviva S.p.A., di seguito definita Società, garantisca, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i premi annui costanti pagati fino a quel momento resteranno acquisiti dalla Società.

#### ART. 4 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

Nel caso in cui l'Assicurato non coincida con il Contraente è necessario consegnare – al momento della stipula del Contratto - la copia di un documento di riconoscimento valido, riportante i dati anagrafici dell'Assicurato stesso per la corretta individuazione della sua età.

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

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, relativamente allo stato di fumatore/non fumatore o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per un Assicurato non fumatore e quello per un Assicurato fumatore.

#### ART. 5 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

#### ART. 6 DECORRENZA DEL CONTRATTO

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

Qualora la Proposta-Certificato preveda una data di decorrenza successiva, il Contratto decorrerà dalle ore 24 del giorno previsto.

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

## ART. 7 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa e, di conseguenza, l'emissione della Lettera Contrattuale di Conferma - che definisce l'accettazione del Contratto da parte della Società ed in cui viene indicata la data di decorrenza – sono in ogni caso subordinate alla sottoscrizione del Questionario Sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" che segue.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio;

ovvero

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

ovvero

- richiedere ulteriore documentazione.

La Società comunicherà al Soggetto Incaricato gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

## ART. 8 RISCHIO DI MORTE

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

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

- **dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra**, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la Garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- **incidente di volo**, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- **suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro.
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio** e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiasesicuri.it](http://www.viaggiasesicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In questi casi la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

## ART. 9 CLAUSOLA DI CARENZA

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

Di conseguenza, resta convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto, e lo stesso sia al corrente con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'ammontare dei premi annui o delle rate di premio versate.

La Società non applicherà entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto la limitazione sopra indicata, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del Contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post - vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto (data di decorrenza);
- di infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per infortunio (fermo restando quanto indicato all'Art. 8 "RISCHIO DI MORTE" che precede) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza la morte.

#### **PER AIDS**

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

In questo caso la Società corrisponde solo l'importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

### **ART. 10 DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO DEL CONTRATTO**

#### DIRITTO DI REVOCA

Nella fase che precede la conclusione del Contratto - entro e non oltre il giorno antecedente la data di conclusione del Contratto - il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta-Certificato. La revoca dovrà essere esercitata rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato e/o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata presso la Sede della Società al seguente indirizzo:

*Aviva S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.*

#### DIRITTO DI RECESSO

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

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

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

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

*Aviva S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.*

### **ART. 11 DURATA DEL CONTRATTO E LIMITI DI ETÀ**

Il Contratto può essere stipulato per durate comprese tra 1 e 20 anni e si estingue solo nei seguenti casi:

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

Il presente Contratto prevede che alla data di decorrenza del Contratto l'età dell'Assicurato non debba essere inferiore a 18 anni e superiore a 74 anni, mentre l'età a scadenza debba essere non superiore a 75 anni.

## **ART. 12 PREMIO ANNUO COSTANTE**

Il premio annuo costante è determinato in base:

- all'importo del capitale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto (l'età dell'Assicurato è calcolata dalla data di compimento degli anni non tenendo conto delle frazioni d'anno inferiori a 6 mesi, ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a 6 mesi);
- al sesso dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- all'eventuale sport praticato dall'Assicurato;
- allo stato di fumatore/non fumatore dell'Assicurato (si definisce non fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, della specifica dichiarazione presente nella Proposta-Certificato).

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

Il Contraente può corrispondere il premio annualmente o con frazionamento:

- semestrale,
- trimestrale,
- mensile.

In questo caso gli interessi di frazionamento da corrispondere sono pari:

- per la rateazione semestrale: 2% del premio annuo;
- per la rateazione trimestrale: 3% del premio annuo;
- per la rateazione mensile: 4% del premio annuo.

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

Il pagamento dei premi annui – o delle rate di premio annuo in caso di frazionamento del premio –, deve essere effettuato mediante procedura di addebito sul conto corrente del Contraente, appoggiato presso FinecoBank S.p.A..

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

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del Contraente, la Società provvederà ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio quali ad esempio nuova delega RID, bonifico bancario.

## **ART. 13 SPESE SUL PREMIO**

Su ciascuna annualità viene trattenuta una spesa fissa pari a 30,00 Euro. I premi possono essere corrisposti in un'unica soluzione annuale o con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

In questo caso la spesa fissa e l'interesse di frazionamento da corrispondere sono pari:

- per la rateazione semestrale: spesa fissa di Euro 15,00 per ciascuna rata; interessi di frazionamento 2% del premio annuo;
- per la rateazione trimestrale: spesa fissa di Euro 7,50 per ciascuna rata; interessi di frazionamento 3% del premio annuo;
- per la rateazione mensile: spesa fissa di Euro 2,50 per ciascuna rata; interessi di frazionamento 4% del premio annuo.

## **ART. 14 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI ANNUI COSTANTI**

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

Se il Contratto non viene riattivato con le modalità indicate all'Art. 15 "RIATTIVAZIONE" che segue, questo si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

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

#### **ART. 15 RIATTIVAZIONE**

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

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

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

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

#### **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 fatta dal Contraente e riportata nella Proposta-Certificato può essere in qualsiasi momento modificata con richiesta del Contraente alla Società, tramite apposita comunicazione da presentare al Soggetto Incaricato oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

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

#### **ART. 18 LIQUIDAZIONI**

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

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

- pervenire alla Società, per il tramite del Soggetto Incaricato, e previa compilazione del Modulo di richiesta di liquidazione

*oppure*

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

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

Per data di ricevimento della richiesta si intende:

- la data in cui il Contraente 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 alla Società la data di ricevimento della raccomandata con ricevuta di ritorno da parte della Società.

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

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

**La Società si riserva di chiedere ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire la liquidazione dell'importo spettante.**

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione suindicata.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ART. 20 IMPOSTE**

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

## **ART. 21 ARROTONDAMENTI**

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

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

## **ART. 22 FORO COMPETENTE**

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

## 2.1 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO

---

Il presente Contratto viene stipulato con la sola compilazione del Questionario Sanitario - fatto salvo quanto stabilito all'Art. 8 "RISCHIO DI MORTE" ed all'Art. 9 "CLAUSOLA DI CARENZA" delle Condizioni di Assicurazione - presente nella Proposta-Certificato e il Contratto venga stipulato per capitali assicurati fino a Euro 250.000,00 se l'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età non superiore a 50 anni.

La Società, ai fini dell'emissione del Contratto, si riserva di chiedere accertamenti sanitari solo nei seguenti casi:

- relativamente ad un capitale assicurato fino a Euro 250.000,00 se l'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età superiore a 50 anni;
- se il capitale assicurato risulta essere superiore al limite di Euro 250.000,00 - se l'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto ha un'età non superiore a 50 anni.

In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione della Società ed il pagamento della prima annualità del premio annuo costante, o della prima rata di premio, verrà effettuato qualora la Società abbia comunicato l'accettazione del rischio.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio, la Società 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.

La Società comunicherà al Soggetto Incaricato gli eventuali sovrappremi applicati o il rifiuto del rischio.

### **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il Contratto viene assunto dalla Società con modalità diverse a seconda dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto;

Qui di seguito vengono illustrate le diverse modalità di assunzione:

**PER ETÀ DELL'ASSICURATO FINO A 50 ANNI (ANNI ASSICURATIVI) COMPRESI:**

CAPITALE ASSICURATO	RICHIESTE
fino a Euro 250.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> </ul>
da Euro 250.000,01 a Euro 350.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia</li> <li>- Esame completo delle urine</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia;</li> <li>- Test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 350.000,01 a Euro 500.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia</li> <li>- Esame completo delle urine</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, HBs Ag, HCV</li> <li>- Test Anti HIV;</li> </ul>
Da Euro 500.000,01 a Euro 750.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia</li> <li>- Esame completo delle urine</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, HBs Ag, HCV, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, elettroforesi siero proteica, Tempo di protrombina, VES, Creatininemia, Azotemia, Transaminasi, GGT, Bilirubina totale e frazionata, Fosfatasi alcalina PSA totale e libero (solo per uomini);</li> <li>- Test Anti HIV;</li> </ul>
Da Euro 750.000,01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia</li> <li>- Esame completo delle urine</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, HBs Ag, HCV, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, elettroforesi siero proteica, Tempo di protrombina, VES, Creatininemia, Azotemia, Transaminasi, GGT, Bilirubina totale e frazionata, Fosfatasi alcalina PSA totale e libero (solo per uomini);</li> <li>- Test Anti HIV;</li> <li>- Questionari Finanziari.</li> </ul>

**PER ETÀ DELL'ASSICURATO DA 51 ANNI A 74 ANNI (ANNI ASSICURATIVI) DA COMPIERE:**

CAPITALE ASSICURATO	RICHIESTE
fino a Euro 250.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario;</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario;</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia;</li> <li>- Esame completo delle urine;</li> <li>- test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 250.000,01 a Euro 350.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario;</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario;</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia;</li> <li>- Esame completo delle urine;</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati;</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia;</li> <li>- Test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 350.000,01 a Euro 750.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario;</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario;</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia;</li> <li>- Esame completo delle urine;</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati;</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, HBs Ag, HCV, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, elettroforesi siero proteica, Tempo di protrombina, VES, Creatininemia, Azotemia, Transaminasi, GGT, Bilirubina totale e frazionata, Fosfatasi alcalina PSA totale e libero (solo per uomini);</li> <li>- Test Anti HIV.</li> </ul>
Da Euro 750.000,01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionario Sanitario</li> <li>- Rapporto di visita medica (Mod. 09015) da effettuarsi da parte di un medico fiduciario</li> <li>- Certificato del medico curante o di famiglia</li> <li>- Esame completo delle urine</li> <li>- ECG a riposo e da sforzo massimale al cicloergonomico con tutti i tracciati</li> <li>- Esami del sangue: Colesterolo Totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Glicemia, HBs Ag, HCV, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, elettroforesi siero proteica, Tempo di protrombina, VES, Creatininemia, Azotemia, Transaminasi, GGT, Bilirubina totale e frazionata, Fosfatasi alcalina PSA totale e libero (solo per uomini);</li> <li>- Test Anti HIV;</li> <li>- Questionari Finanziari.</li> </ul>



### 3. GLOSSARIO

#### AVIVA SAFETY LIFE 2 (TARIFFE 215F - 215N)

---

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

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata nella Proposta-Certificato dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato;

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

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

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

**Contraente:** persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di Assicurazione e si impegna al versamento dei premi annui costanti alla Società;

**Contratto:** Contratto con il quale la Società, 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 dell'Assicurato (decesso dell'Assicurato);

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

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

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

**Premio annuo:** importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società per tutta la durata contrattuale, solo se l'Assicurato è in vita;

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

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

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

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

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

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

**Soggetto Incaricato:** FinecoBank S.p.A. tramite la quale è stato stipulato il Contratto;

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

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

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

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

---

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

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

### UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI\*

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

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

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

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

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati “sensibili” – sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri). Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

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

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

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

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

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

### MODALITÀ D'USO DEI DATI

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

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

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

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

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

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

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

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

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

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

Servizio Privacy - Aviva S.p.A. – V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it)

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale ed Assicurativa.







## Aviva S.p.A.

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

[www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it)

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



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



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

# Aviva Safety Life 2

Contratto di Assicurazione Temporanea  
Caso Morte a Capitale  
ed a Premio Annuo Costante



(TARIFFA 215F - 215N)

PROPOSTA-CERTIFICATO

FAC SIMILE

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

PROPOSTA-CERTIFICATO  
**AVIVA SAFETY LIFE 2**  
Contratto di Assicurazione Temporanea  
Caso Morte a Capitale  
ed a Premio Annuo Costante  
(TARIFFA 215F - 215N)

**PROPOSTA-CERTIFICATO**

**N°**

Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Certificato cui entrambe le Parti Contraenti faranno riferimento. La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita dalla Aviva S.p.A. direttamente con la Lettera Contrattuale di Conferma.

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

<b>CONTRAENTE</b>	COGNOME (del Contraente o del Legale Rappresentante*)		NOME		CODICE FISCALE			SESSO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	RESIDENZA (Via e N. Civico)				C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO	
	<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	C. IDENT.	PASSAP.	PAT. GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PROFESSIONE					ATTIVITA' ECONOMICA:				
<input type="text"/>					Sottogruppo <input type="text"/> Gruppo/Ramo <input type="text"/>				
NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UN'IMPRESA					PARTITA IVA				
RAGIONE SOCIALE					<input type="text"/>				
RESIDENZA (Via e N. Civico)				C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO		
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(*) si allega un documento comprovante il potere di rappresentare legalmente l'ente Contraente (Impresa).									

<b>ASSICURATO</b>	COGNOME		NOME		CODICE FISCALE			SESSO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	RESIDENZA (Via e N. Civico)				C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO	
	<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	C. IDENT.	PASSAP.	PAT. GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PROFESSIONE					ATTIVITA' ECONOMICA:				
<input type="text"/>					Sottogruppo <input type="text"/> Gruppo/Ramo <input type="text"/>				

(da compilare solo se diverso dal Contraente)

<b>PRESTAZIONI</b>	<b>Caratteristiche dell'Assicurazione temporanea caso morte a capitale ed a premio annuo costanti</b>										
	<input type="checkbox"/> 215F Tariffa per Fumatori	<input type="checkbox"/> 215N Tariffa per Non Fumatori	<input type="text"/> Durata anni (cifre)		<input type="text"/> Età computabile dell'Assicurato						
	Capitale assicurato iniziale Euro		<input type="text"/>			Rateazione		<input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Semestrale	<input type="checkbox"/> Trimestrale	<input type="checkbox"/> Mensile
	Premio annuo costante (su base annua) Euro		<input type="text"/>			Rata di perfezionamento Euro		<input type="text"/>			

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

<b>PAGAMENTI</b>	<b>MODALITÀ DI PAGAMENTO: AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO IN CONTO</b>									
	Il Sottoscritto titolare del conto autorizza FincoBank S.p.A. ad addebitare il primo premio annuo - o la prima rata di premio - ed i successivi versamenti pari a Euro _____ sul proprio conto corrente codice IBAN _____									
IL CORRENTISTA _____										

**DICHIARAZIONI****I SOTTOSCRITTI CONTRAENTE ED ASSICURATO:**

- confermano che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Proposta-Certificato - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato ed il pagamento del primo premio annuo costante o prima rata di premio, che il Contratto è concluso e che la Aviva S.p.A. - la Società - si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla stessa, fatti salvi l'ultimo comma dell'ART. 4 "DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO" delle Condizioni di Assicurazione ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- prendono atto che le prestazioni decorrono, a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata alla compilazione del ed alla valutazione da parte della Società del Questionario Sanitario di seguito riportato e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e/o alle dichiarazioni relative alle attività professionali, extra professionali e sportive nei termini previsti al punto 2.1 "CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione. La Società invia al Contraente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che attesta il ricevimento del primo premio annuo costante - o della prima rata di premio in caso di frazionamento del premio - da parte della Società ed indica la data di decorrenza del Contratto;
- prendono atto che il pagamento del premio annuo costante - o delle rate di premio in caso di frazionamento del premio - viene effettuato mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente o con versamento contestuale alla sottoscrizione della Proposta-Certificato presso il Soggetto Incaricato. Nel primo caso fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito, mentre nel secondo caso il pagamento del premio viene quietanzato direttamente sulla Proposta-Certificato.

La Società infine si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto - nel caso che dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo - di rifiutare l'assunzione del rischio (con conseguente restituzione del primo premio annuo costante o della prima rata di premio versati) o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di AVER LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione e quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati. L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla sottoscrizione della presente Proposta-Certificato.

Luogo e data .....

**L'ASSICURATO**  
(se diverso dal Contraente)
**IL CONTRAENTE****DIRITTO DI REVOCA**

Il Contraente ha il diritto di revocare la presente Proposta-Certificato entro e non oltre il giorno antecedente la data di conclusione del Contratto.

Luogo e data .....

**L'ASSICURATO**  
(se diverso dal Contraente)
**IL CONTRAENTE****DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento della conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

Luogo e data .....

**L'ASSICURATO**  
(se diverso dal Contraente)
**IL CONTRAENTE****DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE**

Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:

Art. 4: Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 5: Conclusione del Contratto; Art. 6: Decorrenza del Contratto; Art. 8: Rischio di morte; Art. 9: Clausola di Carenza; Art. 18: Liquidazioni.

Luogo e data .....

**L'ASSICURATO**  
(se diverso dal Contraente)
**IL CONTRAENTE****IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO:**

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

Luogo e data .....

**IL CONTRAENTE****TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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

Luogo e data .....

**IL CONTRAENTE****L'ASSICURATO****AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:**

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

Luogo e data .....

**L'ASSICURATO****SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO**

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione dei sottoscrittori le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento della rata di perfezionamento è stato effettuato con le modalità sopra indicate. Si dichiara inoltre di aver preso visione e di essere a conoscenza della Legge n. 197/91 e della Circolare ISVAP n. 257/95 e degli obblighi ivi previsti.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome e Nome	Codice Sog. Incar.	Codice Ag.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	Firma del Soggetto Incaricato

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

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'Adeguatezza" secondo quanto sopra riportato nel retro della presente proposta.

Luogo e data .....

IL CONTRAENTE

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

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

Luogo e data .....

IL CONTRAENTE

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

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

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

**MOTIVAZIONI**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data .....

IL SOGGETTO INCARICATO

IL CONTRAENTE

## QUESTIONARIO SANITARIO

SÌ NO

1. Quale professione svolge attualmente? \_\_\_\_\_

Si prega di specificare eventuali attività pericolose svolte nell'ambito della professione (per esempio lavora su tralicci, pali, scale, tetti, impalcature ad altezze superiori ai 12 metri, in gallerie, tunnel sotterranei, pozzi).

Attività pericolose	

2. Quali sport pratica? \_\_\_\_\_

3. Se ha in corso o in attesa di perfezionamento altre coperture assicurative (vita, malattie gravi, invalidità), specifichi il capitale e il tipo di copertura: \_\_\_\_\_  4. 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

5. 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

6. Se effettua o prevede di effettuare viaggi all'estero in zone a rischio, specifichi i paesi in cui intende recarsi: \_\_\_\_\_  7. 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 del diabetico: \_\_\_\_\_  

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

9. Il suo peso ha subito variazioni superiori ai 5 Kg negli ultimi 12 mesi (tranne che per motivi dietetici)?  10. Se fuma o ha fumato negli ultimi 24 mesi, indichi la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_  11. 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

12. Ha imperfezioni fisiche, malattie reumatiche, diabete, ipertensione, oppure soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di una o più delle seguenti malattie: malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato cardiocircolatorio (compresi ictus e ipertensione), malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, malattie neurologiche o mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, diabete, epatite, tumori?  

In caso affermativo si prega di specificare malattia, data di insorgenza, durata, esito.

Malattia	Data di insorgenza	Durata	Esito

13. Negli ultimi 5 anni, se 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

14. 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

Dichiara di assumersi ogni responsabilità per la veridicità e completezza delle informazioni riportate nella presente Proposta-Certificato. Proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sul proprio conto alla Aviva S.p.A. e ad altri Enti a fini assicurativi e riassicurativi.

Luogo e data .....

L'ASSICURATO

FAC SIMILE

FAC SIMILE

**Aviva S.p.A.**

V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



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



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

1 - COPIA PER LA SOCIETA'

2 - COPIA PER IL CONTRAENTE

3 - COPIA PER IL SOGGETTO INCARICATO

4 - COPIA

FAC SIMILE