



Società del gruppo ALLIANZ S.p.A.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE E MALATTIE GRAVI A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO

UNICREDIT PROTEZIONE VITA

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- CONDIZIONI PARTICOLARI
- GLOSSARIO
- INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA
- PROPOSTA

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA UNICREDIT PROTEZIONE VITA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP - Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Tale Nota ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere, in modo corretto e completo, le caratteristiche del Contratto **UNICREDIT PROTEZIONE VITA**, forma assicurativa temporanea in caso di morte e gravi malattie a capitale costante e a premio annuo, che fa parte della più generale categoria delle Assicurazioni sulla vita.

La presente Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

L'Impresa di Assicurazione è:

CREDITRAS VITA S.p.A., Società del gruppo ALLIANZ S.p.A. con sede legale ed uffici di direzione in Milano (Italia), Corso Italia 23 - 20122.

Recapito telefonico: 02.72161

Sito internet: www.creditrasvita.it

Indirizzo e-mail: info@creditrasvita.it

CREDITRAS VITA S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento dell'ISVAP n. 259 del 16/5/1996 (G.U. n. 121 del 25/5/1996).

Alla data di redazione della presente Nota Informativa la società di revisione è:

KPMG S.p.A. - Via Vittor Pisani, 25 - 20124 Milano.

2. CONFLITTO DI INTERESSI

Allianz S.p.A. ed UniCredit S.p.A. intrattengono rapporti di affari che, tra l'altro, si sono concretizzati nella costituzione di CREDITRAS VITA S.p.A., di cui detengono pariteticamente l'intero capitale sociale, per l'offerta di prodotti assicurativi nei rami vita; il presente contratto è distribuito da UniCredit S.p.A. tramite le filiali contraddistinte "UniCredit Banca", "UniCredit Banca di Roma" e "Banco di Sicilia".

CREDITRAS VITA S.p.A. è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

CREDITRAS VITA S.p.A., pur in presenza di inevitabile conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i Contraenti stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

B. INFORMAZIONI SULLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

3.1 PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

CREDITRAS VITA - denominata nel seguito "Società" - si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente una determinata prestazione in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

Detta prestazione viene liquidata in un'unica soluzione ed è pari al capitale assicurato scelto dal Contraente e indicato in polizza, quale documento cartaceo che attesta l'esistenza del Contratto.

Tale capitale non può comunque essere inferiore a 150.000,00 Euro. Tuttavia, in caso di adesione alla garanzia malattie gravi – come indicato al successivo paragrafo - qualora sia stata accertata all'Assicurato da parte della Società una malattia grave indennizzabile, il capitale assicurato in caso di decesso, liquidabile ai Beneficiari designati, verrà ridotto del capitale che la Società ha già corrisposto all'Assicurato a seguito dell'accertamento della malattia.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, il contratto si risolve e nessuna prestazione deve essere corrisposta dalla Società.

La prestazione offerta dalla Società è garantita a condizione che il Contraente abbia provveduto al versamento dei premi pattuiti, che costituiscono il corrispettivo della prestazione stessa.

Si precisa che per tale tipologia di prestazione i premi sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio e che dunque vengono utilizzati dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dallo stesso.

3.2 GARANZIA MALATTIE GRAVI

Nel caso in cui l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, abbia un'età non superiore a 60 anni, è prevista l'adesione automatica alla garanzia malattie gravi che prevede il pagamento all'Assicurato di un anticipo del capitale assicurato in caso di decesso dello stesso qualora, entro la durata di tale garanzia, venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi indennizzabili, di seguito indicate, che comporti un'invalidità superiore al 5% e nei successivi trenta giorni non si sia verificato il decesso dell'Assicurato.

Detta prestazione viene liquidata in un'unica soluzione ed è pari, a scelta del Contraente, a 25.000,00 Euro ovvero a 50.000,00 Euro.

Inoltre, qualora si verificano le condizioni sopra indicate per l'indennizzo della garanzia, il premio relativo a tale copertura assicurativa non è più dovuto a partire dalla data di ricevimento, da parte della Società, della denuncia di insorgenza della malattia grave.

Il Contraente continuerà, pertanto, a corrispondere i premi relativi alla sola prestazione in caso di decesso dell'Assicurato non ancora scaduti, fino al termine del Contratto ovvero fintanto che non si verifichi il decesso dell'Assicurato.

Nel caso in cui non sia stata diagnosticata all'Assicurato una delle malattie di seguito indicate durante il periodo di validità della garanzia, nessun capitale deve essere corrisposto dalla Società e il Contratto, alla scadenza della garanzia, resterà in vigore per la prestazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato.

Le malattie gravi incluse nella garanzia, dettagliate all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO – GARANZIA MALATTIE GRAVI" delle Condizioni di Assicurazione, sono le seguenti:

- Cancro;
- Ictus;
- Infarto miocardico.

Dopo la liquidazione del capitale assicurato la garanzia si estingue e non sono previsti pagamenti alla diagnosi di una seconda malattia grave.

La prestazione offerta dalla Società è garantita a condizione che il Contraente abbia provveduto al versamento dei premi pattuiti, che costituiscono il corrispettivo della prestazione stessa.

Si precisa che per tale tipologia di prestazione i premi sono destinati esclusivamente alla copertura del rischio e che dunque vengono utilizzati dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dallo stesso.

3.3 DURATA

Per durata si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza durante il quale è in vigore il Contratto di assicurazione.

La scelta della durata da parte del Contraente viene effettuata in relazione agli obiettivi che egli intende perseguire, compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

La durata del Contratto può essere pari a cinque, dieci o quindici anni e coincide con la durata della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

La garanzia malattie gravi ha una durata fissa pari a cinque anni a partire dalla data di decorrenza del Contratto.

3.4 ASSUNZIONE DEL RISCHIO

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurando e delle abitudini di vita dello stesso, da effettuarsi:

- analizzando le dichiarazioni rese dall'Assicurando in Proposta e le risposte al Questionario - riportato in Proposta - compilato dall'Assicurando e con il quale egli informa la Società sul proprio stato di salute;
- richiedendo all'Assicurando - ovvero l'Assicurando può espressamente richiedere - di sottoporsi a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari.

In ogni caso, copia della Proposta e dell'eventuale documentazione sanitaria dovrà pervenire alla Società entro sessanta giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta, pena la decadenza della stessa.

Nel caso in cui dalle dichiarazioni fornite in Proposta e/o dalla documentazione sanitaria prodotta 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 prevedono l'applicazione di sovrappremi.

È estremamente importante che il Contraente, e l'Assicurando se persona diversa, prestino la massima attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di Proposta, relative al Questionario sanitario e che rilascino dichiarazioni complete e veritiere.

3.5 PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO : CARENZA ED ESCLUSIONI

CARENZA

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempre che la Società non ritenga indispensabile che egli si sottoponga agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di diciotto mesi durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita - in caso di decesso dell'Assicurato - a restituire tutti i premi versati. Solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta di infortunio o di malattie infettive acute (espressamente indicate nelle successive Condizioni Particolari allegate alle Condizioni di Assicurazione) la Società corrisponde integralmente la prestazione assicurata.

Qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, viene applicato un periodo di carenza di:

- cinque anni, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica;
- sette anni, nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Durante tale periodo di carenza la Società non garantisce la prestazione assicurata e non procede ad alcuna restituzione dei premi versati.

ESCLUSIONI

In ogni caso la Società non garantisce la prestazione assicurata, qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto a:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari designati;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- 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 avvenuto nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza o, trascorso detto periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all'Allegato A.

In questi casi la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

3.6 GARANZIA GRAVI MALATTIE : CARENZA E ESCLUSIONI

CARENZA

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempre che la Società non ritenga indispensabile che egli si sottoponga agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di diciotto mesi durante il quale, se viene diagnosticata una malattia grave, la Società non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita a restituire la parte dei premi versata relativi a tale garanzia. In tal caso, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere i premi dovuti per tale prestazione.

ESCLUSIONI

La prestazione non viene accordata se la malattia grave era stata diagnosticata anteriormente all'entrata in vigore del Contratto.

Sono altresì esclusi dalla copertura i casi di malattia grave che insorgono in seguito a:

- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale o imprudente che causino - anche indirettamente - o che arrechino pregiudizi fisici tali da provocare una delle malattie gravi coperte;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche o assunzione di farmaci o sostanze fitoterapiche, in assenza di prescrizioni mediche;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all'Allegato A.

In questi casi nulla è dovuto all'Assicurato, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere i premi dovuti per tale prestazione.

3.7 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ulteriore presupposto per la corretta assunzione del rischio è l'accertamento dello stato di salute e delle abitudini di vita dell'Assicurato (professione e attività sportive praticate).

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato alla Società siano esatte, complete e veritiere ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

4. PREMI

4.1 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

A fronte delle prestazioni previste dal Contratto l'importo complessivo del premio annuo da versare alla Società, composto dalla componente di premio per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e dalla componente di premio per la garanzia malattie gravi, dipende da una serie di elementi, quali: il capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, l'anticipo di tale capitale da riconoscere a seguito di accertamento di una malattia grave, la durata del Contratto, l'età ed il sesso dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute, il comportamento tabagico e l'attività professionale svolta.

Il premio complessivo può, a scelta del Contraente, essere versato secondo una periodicità annuale o mensile. In quest'ultimo caso è dovuto il pagamento di un interesse di frazionamento pari al 4%.

La parte di premio annuo relativo alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato è dovuto dal Contraente per tutta la durata del Contratto e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

La parte di premio annuo relativo alla garanzia malattie gravi deve essere corrisposto per la sola durata di tale garanzia e fintanto che, verificatesi le condizioni per l'indennizzo di tale garanzia, non venga ricevuta dalla Società la denuncia di insorgenza della malattia grave. Al termine della garanzia e quindi, qualora non si sia verificato l'evento assicurato, a partire dal sesto anno di durata contrattuale il Contraente corrisponderà la sola parte di premio relativa alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

4.2 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO ANNUO

La prima annualità o mensilità del premio complessivo viene corrisposta dal Contraente alla Società in via anticipata al momento dell'accettazione del rischio da parte della Società.

I premi successivi al primo - solo nel caso in cui l'Assicurato sia in vita e, per la parte relativa alla garanzia malattie gravi, per il solo periodo di validità di tale garanzia - verranno corrisposti ad ogni ricorrenza annuale o mensile della data di decorrenza, a seconda della periodicità di versamento prescelta.

Il versamento, sia del primo che dei successivi premi, viene effettuato tramite procedura di addebito sul conto corrente del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in Proposta.

Non è previsto il pagamento in contanti.

In caso di estinzione del rapporto con la suddetta Banca, il versamento del premio viene effettuato mediante procedura di accredito diretto sul conto corrente della Società nei termini e con le modalità che la Società stessa comunicherà al Contraente.

In ogni caso il premio relativo al primo anno è dovuto per intero. Diversamente il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società senza alcun obbligo per quest'ultima in ordine alla prestazione assicurata.

4.3 TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Nelle seguenti tabelle sono riportate alcune esemplificazioni degli importi di premio complessivi richiesti per la prestazione riconosciuta in caso di decesso dell'Assicurato e per la garanzia malattie gravi, calcolati in base a determinate combinazioni di età e sesso dell'Assicurato, durata e capitali assicurati prescelti.

Gli importi dei premi sono comprensivi di tutti i caricamenti a qualsiasi titolo previsti dal Contratto.

IMPORTI DI PREMIO

Capitale assicurato: 150.000,00 Euro

Capitale anticipato in caso di malattie gravi: 25.000,00 Euro

Sesso: maschile

Età	Durata contrattuale				
	5 anni	10 anni		15 anni	
		primi 5 anni	successivi 5 anni	primi 5 anni	successivi 10 anni
20	181,00	191,50	178,50	200,50	187,50
30	233,25	233,25	211,50	249,75	228,00
40	328,00	397,00	340,50	485,50	429,00
50	819,75	1.028,25	879,00	1.295,25	1.146,00
60	2.202,75	2.687,25	2.386,50		
65	3.015,00				

Capitale assicurato: 250.000,00 Euro

Capitale anticipato in caso di malattie gravi: 50.000,00 Euro

Sesso: maschile

Età	Durata contrattuale				
	5 anni	10 anni		15 anni	
		primi 5 anni	successivi 5 anni	primi 5 anni	successivi 10 anni
20	306,00	323,50	297,50	338,50	312,50
30	396,00	396,00	352,50	423,50	380,00
40	565,50	680,50	567,50	828,00	715,00
50	1.416,00	1.763,50	1.465,00	2.208,50	1.910,00
60	3.771,50	4.579,00	3.977,50		
65	5.025,00				

Capitale assicurato: 150.000,00 Euro

Capitale anticipato in caso di malattie gravi: 25.000,00 Euro

Sesso: femminile

Età	Durata contrattuale				
	5 anni	10 anni		15 anni	
		primi 5 anni	successivi 5 anni	primi 5 anni	successivi 10 anni
20	85,50	93,00	78,00	99,00	84,00
30	140,50	148,00	108,00	161,50	121,50
40	260,25	296,25	193,50	336,75	234,00
50	540,25	622,75	427,50	729,25	534,00
60	1.153,25	1.393,25	1.066,50		
65	1.366,50				

Capitale assicurato: 250.000,00 Euro

Capitale anticipato in caso di malattie gravi: 50.000,00 Euro

Sesso: femminile

Età	Durata contrattuale				
	5 anni	10 anni		15 anni	
		primi 5 anni	successivi 5 anni	primi 5 anni	successivi 10 anni
20	147,50	160,00	130,00	170,00	140,00
30	247,50	260,00	180,00	282,50	202,50
40	468,00	528,00	322,50	595,50	390,00
50	965,50	1.103,00	712,50	1.280,50	890,00
60	2.031,00	2.431,00	1.777,50		
65	2.277,50				

C. INFORMAZIONI SU SCONTI E REGIME FISCALE

5. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Il contratto può essere sottoscritto a condizioni agevolate dai dipendenti in attività ed in quiescenza del Gruppo Bancario UniCredit che siano anche correntisti della Banca: la parte di premio annuo relativa alla prestazione in caso di decesso viene scontata del 8,7%, la parte di premio annuo relativa alla garanzia malattie gravi viene scontata del 14,6%.

6. REGIME FISCALE

IMPOSTA SUI PREMI

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

DETRAIBILITÀ FISCALE DEI PREMI

Sui premi versati per le assicurazioni sulla vita di “puro rischio”, intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, fino ad un massimo di Euro 1.291,14, viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d’imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l’Assicurato - se persona diversa dal Contraente - risulti fiscalmente a carico di quest’ultimo.

Ai fini della detrazione d’imposta devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d’imposta), fermo restando il sopraindicato limite massimo di Euro 1.291,14.

In virtù della detrazione d’imposta, il costo effettivo della copertura “rischio” potrebbe risultare inferiore ai premi versati.

TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme liquidate in caso di decesso dell’Assicurato ovvero di malattia grave non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale e sono inoltre esenti dall’imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

7.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

A condizione che il contraente abbia sottoscritto la Proposta – unitamente all’Assicurato se persona diversa dal Contraente – il Contratto si considera concluso, ai sensi dell’articolo 1327 del Codice Civile, nel momento in cui effettuato l’addebito della prima annualità o mensilità di premio, sulla base dell’autorizzazione di addebito in conto corrente di cui alla Proposta, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Compagnia e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. A seguito della conclusione del contratto, la Compagnia, anche ad ulteriore conferma dell’iniziata esecuzione, invia la polizza al Contraente.

7.2 DECORRENZA DEL CONTRATTO

A condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità o mensilità del premio pattuito, la garanzia assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

La data di decorrenza coincide con la data di conclusione del Contratto.

7.3 SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto può essere stipulato se l’Assicurato, alla data di sottoscrizione della proposta, non abbia un’età inferiore a 18 anni e superiore a 65 anni. Ad ogni modo l’età massima dell’Assicurato prevista alla scadenza del Contratto non deve essere superiore a 70 anni.

La garanzia malattie gravi verrà attivata dalla Società qualora l’Assicurato, alla data di sottoscrizione della proposta, non abbia un’età superiore a 60 anni.

L’età dell’Assicurato è calcolata alla data di sottoscrizione della proposta, non tenendo conto delle frazioni d’anno inferiori a sei mesi, ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a sei mesi.

7.4 MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO

Se l'annualità di premio o anche solo una mensilità di premio complessivamente dovuto non viene corrisposta entro i trenta giorni successivi a ciascuna scadenza di pagamento, si determina la sospensione delle prestazioni previste; in tal caso il Contratto si estingue automaticamente ed i premi già versati restano acquisiti dalla Società, a meno che il Contraente non decida di riattivarlo.

7.5 RIATTIVAZIONE

Il Contratto può tuttavia essere riattivato nel termine di sei mesi dalla scadenza di pagamento della prima annualità o mensilità di premio non versata, mediante il versamento degli importi arretrati, aumentati degli interessi previsti dall'Art.10 "RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza di pagamento della prima annualità o mensilità di premio non versata, la riattivazione è subordinata alla verifica, da parte della Società, dello stato di salute dell'Assicurato.

Trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento della prima annualità o mensilità di premio non versata, il Contratto non può più essere riattivato.

8. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso;
- alla scadenza contrattuale;
- in caso di decesso dell'Assicurato.

Il Contratto si intende comunque risolto - con perdita dei premi già versati - nel caso in cui, trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento della prima rata di premio non versata, non vi sia stata riattivazione dello stesso.

9. NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

10. DIRITTO PROPRIO DEI BENEFICIARI DESIGNATI

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società.

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

11. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la Proposta, ai sensi dell'articolo 176 del Decreto Legislativo 209/2005, fino al momento della conclusione del Contratto.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - mediante:

- modulo di richiesta di revoca da consegnare allo sportello bancario presso cui è stata sottoscritta la Proposta; *ovvero*
- lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il premio eventualmente anticipato dal Contraente alla Società, viene restituito entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

12. DIRITTO DI RECESSO

Dopo la conclusione del Contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso, ai sensi dell'articolo 177 del Decreto Legislativo 209/2005, entro un termine di trenta giorni.

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi del Contratto - mediante:

- modulo di richiesta di recesso da consegnare allo sportello bancario presso cui è stata sottoscritta la Proposta; *ovvero*
- lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di:

- consegna del modulo di richiesta allo sportello bancario; *ovvero*
- spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi versato.

13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

13.1 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

La Società provvede alla liquidazione delle prestazioni - verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento - entro trenta giorni dalla data di ricevimento, presso lo sportello bancario dove è appoggiato il Contratto o presso la propria sede, della documentazione necessaria, quale prevista all'Art.14 "PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ" delle Condizioni di Assicurazione.

Le richieste di liquidazione dovranno pervenire alla Società mediante:

- modulo di richiesta di liquidazione da consegnare allo sportello della Banca presso cui è appoggiato il Contratto; *ovvero*
- lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia 23, - 20122 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del Contratto.

13.2. PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i termini di prescrizione per l'esercizio del diritto alle prestazioni assicurative si estinguono in due anni dalla data di esigibilità delle prestazioni.

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al presente Contratto stipulato dalla Società si applica la legge italiana.

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il presente Contratto stipulato dalla Società ed ogni altro documento ad esso collegato sono redatti in lingua italiana.

16. RECLAMI

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

CREDITRAS VITA S.p.A. - Servizio Clienti

Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)

tel. 02.72161 - fax. 02.72162735

indirizzo e.mail: info@creditrasvita.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Tel. 06.42133.1

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, alle informazioni contenute nella presente Nota Informativa, anche per effetto di modifiche della normativa applicabile al Contratto successive alla conclusione dello stesso.

18. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Le comunicazioni del Contraente possono essere fatte pervenire oltre che direttamente alla Società, mediante lettera indirizzata a CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia), anche agli sportelli della Banca presso cui è appoggiato il Contratto.

La Società si impegna ad inviare risposte ad eventuali richieste del Contraente in merito al Contratto entro e non oltre dieci giorni dal ricevimento delle stesse.

* * * *

CREDITRAS VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Vice Presidente
Mario Cuccia



Vice Direttore Generale
Massimo Sturaro



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE UNICREDIT PROTEZIONE VITA

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il presente Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione, dalle Condizioni Particolari (se richiamate in polizza), dalla polizza e dalle eventuali appendici alle Condizioni di Assicurazione firmate dalla Società;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato.

ART.1 - PRESTAZIONI DEL CONTRATTO

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In base al presente Contratto la Società garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il pagamento ai Beneficiari designati per tale prestazione di un importo liquidabile in un'unica soluzione, pari al capitale assicurato indicato in polizza.

Tale capitale non può comunque essere inferiore a 150.000,00 Euro. Tuttavia, in caso di adesione alla garanzia malattie gravi, riportata di seguito, qualora sia stata accertata all'Assicurato da parte della Società una malattia grave indennizzabile, il capitale assicurato in caso di decesso, liquidabile ai Beneficiari designati, verrà ridotto del capitale che la Società ha provveduto a liquidare all'Assicurato a seguito dell'accertamento della malattia.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, il contratto si risolve. Pertanto non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed i premi versati restano acquisiti da quest'ultima.

La durata del Contratto scelta dal Contraente è fissa e può essere pari a cinque anni, dieci anni ovvero quindici anni. Tale durata coincide con la durata della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

Il presente Contratto può essere stipulato soltanto se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni e superiore a 65 anni; in ogni caso l'età massima dell'Assicurato prevista alla scadenza contrattuale non deve essere superiore a 70 anni.

GARANZIA MALATTIE GRAVI

Nel caso in cui l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, abbia un'età non superiore a 60 anni, è prevista l'adesione automatica alla garanzia malattie gravi, che prevede il pagamento all'Assicurato stesso, di un anticipo del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato qualora, entro la durata di tale garanzia, venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi indennizzabili, di seguito descritte, che comporti un'invalidità superiore al 5% e nei successivi trenta giorni non si sia verificato il decesso dell'Assicurato.

Detta prestazione viene liquidata in un'unica soluzione ed è pari, a scelta del Contraente, a 25.000,00 Euro ovvero a 50.000,00 Euro.

Inoltre, qualora si verificano le condizioni sopra indicate per l'indennizzo della garanzia, il premio relativo a tale copertura assicurativa non è più dovuto a partire dalla data di ricevimento, da parte della Società, della denuncia di insorgenza della malattia grave.

Il Contraente continuerà, pertanto, a corrispondere i premi relativi alla sola prestazione in caso di decesso dell'Assicurato non ancora scaduti, fino al termine del Contratto ovvero fintanto che non si verifichi il decesso dell'Assicurato.

Il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta e non sono previsti pagamenti alla diagnosi di una seconda malattia grave.

Nel caso in cui non venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie di seguito riportate durante il periodo di validità della garanzia, alla scadenza della stessa nessun capitale deve essere corrisposto dalla Società, i premi pagati per tale garanzia restano acquisiti da quest'ultima e il Contratto resterà in vigore per la prestazione prevista in caso di decesso dell'Assicurato.

Le malattie gravi incluse nella garanzia sono le seguenti:

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.

Il termine cancro include leucemia, linfoma, mieloma multiplo e la Malattia di Hodgkin.

Il cancro richiede l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Il cancro terminale, che può essere trattato solamente mediante terapia palliativa, è anch'esso coperto.

E' necessario che la diagnosi sia confermata da uno specialista con una valida relazione medica della patologia esistente e una conferma attraverso esame istologico e/o citologico.

Si escludono le seguenti tipologie di cancro:

- tutti i tumori che siano istologicamente descritti come benigni, premaligni o non invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in situ;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus da immunodeficienza acquisita (HIV);
- tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno;
- i cancro prostatici primari, che sono istologicamente stati descritti dalla classificazione TNM del 1997 come stadio inferiore rispetto al T2N0M0 o stadio equivalente descritto da altro sistema di valutazione
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari.

Ictus

Accidente cerebrovascolare insorto successivamente alla data di entrata in vigore del Contratto, che produca la morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di un'emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale/ischemia o emorragia subaracnoidea.

Quest'evento deve contribuire ad un significativo indebolimento della funzione neurologica riscontrabile attraverso chiari ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali e/o motorie all'esame obiettivo, eseguito da un neurologo, dopo almeno tre mesi dalla data d'insorgenza dell'evento.

La diagnosi dovrà essere, altresì, confermata da esami strumentali quali R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) o TAC (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebro-spinale.

Si intendono esclusi:

- TIA (attacco ischemico transitorio);
- danni al cervello a causa di infortuni, infezioni virali o batteriche, malattie infiammatorie demielinizzanti, emicranie;
- malattie vascolari che compromettono l'occhio, compresa la necrosi del nervo ottico o della retina;
- malattie ischemiche del sistema vestibolare.

Infarto miocardio

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da insufficiente apporto di sangue alla regione interessata, non dipendente da patologie pregresse rispetto all'assunzione del rischio.

La diagnosi dovrà essere formulata in base ai seguenti tre criteri;

1. dolore cardiaco tipico;
2. modifiche tipiche all'elettrocardiogramma non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di entrata in vigore del Contratto;

3. tipico aumento degli enzimi cardiaci.

Si intendono esclusi:

- collasso cardiaco;
- dolore toracico non cardiaco;
- angina e angina instabile;
- lesione traumatica miocardica.

La garanzia malattie gravi ha una durata fissa pari a cinque anni a partire dalla data di decorrenza del Contratto.

ART.2 - PREMIO

Le prestazioni del Contratto vengono garantite previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di premi annui il cui importo, composto dalla componente di premio per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e dalla componente di premio per la garanzia malattie gravi, è da corrispondersi in via anticipata alle ricorrenze stabilite. La prima annualità o mensilità di premio, secondo la periodicità di premio prescelta, viene corrisposta al momento dell'accettazione del rischio da parte della Società, mentre le successive annualità o mensilità di premio verranno corrisposte - per tutta la durata del Contratto e solo nel caso in cui l'Assicurato sia in vita e, per la parte di premio relativa alla garanzia malattie gravi, per il solo periodo di validità di tale garanzia - ad ogni ricorrenza annuale o mensile della data di decorrenza, a seconda che la periodicità di versamento prescelta sia rispettivamente annuale o mensile.

In caso di scelta di periodicità mensile è previsto un interesse di frazionamento del 4%.

Il versamento degli importi sopra indicati viene effettuato con procedura di addebito sul conto corrente del Contraente appoggiato presso la Banca indicata in Proposta.

In caso di estinzione del rapporto con la suddetta Banca, il versamento dei premi viene effettuato mediante procedura di accredito diretto sul conto corrente della Società nei termini e con le modalità che la Società stessa comunicherà al Contraente.

In ogni caso il premio relativo al primo anno è dovuto per intero. Diversamente il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società senza alcun obbligo per quest'ultima in ordine alle prestazioni di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO".

ART.3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

A condizione che il contraente abbia sottoscritto la Proposta – unitamente all'Assicurato se persona diversa dal Contraente – il Contratto si considera concluso, ai sensi dell'articolo 1327 del Codice Civile, nel momento in cui effettuato l'addebito della prima annualità o mensilità di premio, sulla base dell'autorizzazione di addebito in conto corrente di cui alla Proposta, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Compagnia e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. A seguito della conclusione del contratto, la Compagnia, anche ad ulteriore conferma dell'iniziata esecuzione, invia la polizza al Contraente.

ART.4 - CLAUSOLA DI RIPENSAMENTO

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto.

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - con apposito modulo di richiesta di revoca da consegnare allo sportello bancario presso cui è stata sottoscritta la Proposta, ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

Dopo la conclusione del Contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro un termine di trenta giorni.

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi del Contratto - con apposito modulo di richiesta di recesso da consegnare allo sportello bancario presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di consegna del modulo di richiesta allo sportello bancario, ovvero del giorno di spedizione della lettera, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto.

ART.5 – ASSUNZIONE DEL RISCHIO

L'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurando e delle abitudini di vita dello stesso, da effettuarsi:

- analizzando le dichiarazioni rese dall'Assicurando in Proposta e le risposte date dallo stesso al Questionario - riportato in Proposta - con il quale egli informa la Società sul proprio stato di salute;
- richiedendo all'Assicurando - ovvero l'Assicurando può espressamente richiedere - di sottoporsi a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari.

In ogni caso, copia della Proposta e dell'eventuale documentazione sanitaria dovrà pervenire alla Società entro sessanta giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta, pena la decadenza della stessa.

Nel caso in cui dalle dichiarazioni fornite in Proposta e/o dalla documentazione sanitaria prodotta 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 consistono nell'applicazione di sovrappremi.
- La Società comunicherà il rifiuto del rischio o gli eventuali sovrappremi applicati.

ART.6 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO

A condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità o mensilità del premio complessivo pattuito, la prestazione assicurata di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" è operante dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza.

La data di decorrenza coincide con la data di conclusione del Contratto.

ART.7 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente - e dell'Assicurato, se persona diversa - devono essere esatte, complete e veritiere ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Trascorsi sei mesi dalla data di decorrenza o dalla data di riattivazione del Contratto, quest'ultimo non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

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

ART.8 - ESCLUSIONI

La prestazione in caso di decesso dell'Assicurato di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" è garantita qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso 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 assicurativa 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 ventiquattro mesi dalla decorrenza del Contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all'Allegato A.

In questi casi, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

La prestazione in caso di diagnosi di Grave malattia dell'Assicurato di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO", non è accordata se la malattia grave era stata già diagnosticata anteriormente all'entrata in vigore del Contratto.

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di malattia grave che insorgono in seguito a:

- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale o imprudente che causino - anche indirettamente - o che arrechino pregiudizi fisici tali da provocare una delle malattie gravi coperte;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni ed uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche o assunzione di farmaci o sostanze fitoterapiche, in assenza di prescrizioni mediche;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all'Allegato A.

In questi casi nulla è dovuto al Beneficiario designato per la garanzia, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere i premi dovuti per tale prestazione.

ART.9 - MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO

Il mancato versamento dell'annualità ovvero di una sola mensilità di premio complessivamente dovuto, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione delle prestazioni di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO".

Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il Contratto è risolto. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.

ART.10 - RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il Contratto, riprendendo il versamento del premio, previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, la riattivazione può avvenire solo dietro apposita domanda del Contraente e previa accettazione espressa della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina le prestazioni assicurate di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO", con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto.

Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contratto non può più essere riattivato.

ART.11 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare la prestazione.

Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne ha avuto notizia.

La Società invia, a conferma dell'avvenuta annotazione di tali atti, apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del Contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede il preventivo o contestuale assenso scritto del creditore o del vincolatario.

ART.12 - BENEFICIARI

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni al momento della sottoscrizione della Proposta e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi le operazioni di pegno o vincolo del Contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La eventuali revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto alla Società o disposte per testamento.

ART.13 – DENUNCIA DELL'INSORGENZA DELLA MALATTIA GRAVE

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia grave, l'avente diritto deve darne avviso scritto alla Società – a mezzo posta - o allo sportello bancario presso cui è appoggiato il contratto, allegando la documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un certificato medico attestante la natura della malattia e l'epoca di insorgenza (data di diagnosi).

La denuncia deve essere effettuata entro un anno dall'epoca di diagnosi di malattia grave e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza della garanzia di cui all'Art. 1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO".

Resta inteso che, al fine di consentire alla Società la verifica della diagnosi di malattia grave certificata, dovranno inoltre essere fornite alla Società:

- la documentazione dalla stessa predisposta, debitamente compilata in tutte le sue parti dal medico che ha certificato la diagnosi di malattia grave all'Assicurato;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di salute dell'Assicurato.

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

ART.14 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per tutti i pagamenti della Società di seguito indicati devono essere preventivamente consegnati alla stessa – a mezzo posta - o allo sportello bancario presso cui è appoggiato il Contratto, unitamente alla richiesta scritta di

liquidazione della prestazione sottoscritta dall'avente diritto completa delle modalità di pagamento prescelte (bonifico o assegno di traenza), i documenti di seguito indicati.

Di seguito, distintamente per tipologia di liquidazione, oltre alla documentazione richiesta vengono indicate anche le eventuali ulteriori informazioni necessarie all'operazione:

PER IL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:

In caso di decesso dell'assicurato la documentazione da fornire è la seguente:

- certificato di morte dell'assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso;
- qualora l'assicurato coincida con il Contraente, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata o – in alternativa - atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento.
 - In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
 - Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciataria), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- fotocopia di un valido documento di identità dei beneficiari riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
- qualora i percipienti risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- relazione sanitaria del medico curante, che potrà essere redatta su apposita modulistica fornita dalla Società;
- copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato e riportante la causa del decesso dell'Assicurato.

PER IL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE:

- fotocopia di un valido documento di identità del/i percipiente/i riportante firma visibile, nonché del suo codice fiscale;
- documentazione di cui all'Art.13 "DENUNCIA DELL'INSORGENZA DELLA MALATTIA GRAVE".

La Società si riserva di chiedere per particolari esigenze istruttorie, 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.

Per i pagamenti, la Società si riserva inoltre, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di richiedere agli aventi diritto la restituzione dell'originale di polizza di spettanza del Contraente.

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 presso lo sportello bancario dove è appoggiato il Contratto o presso la propria sede.

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

Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui lo sportello bancario dove è appoggiato il Contratto ovvero la Società sono entrati in possesso della documentazione completa.

Ogni pagamento viene disposto dalla Società mediante bonifico bancario o invio di assegno per traenza.

ART.15 - TASSE ED IMPOSTE

Le eventuali tasse e le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

ART.16 - 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

CONDIZIONI PER LE ASSICURAZIONI SENZA VISITA MEDICA

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che:

- qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi diciotto mesi dalla data di decorrenza del Contratto e quest'ultimo sia in regola con il versamento dei premi, la Società si impegna a corrispondere - in luogo del capitale assicurato indicato in polizza - una somma pari all'ammontare dei premi versati.
- qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia grave indennizzabile entro i primi diciotto mesi dalla data di decorrenza del Contratto e quest'ultimo sia in regola con il versamento dei premi, la Società si impegna a corrispondere - in luogo del capitale indicato in polizza - una somma pari alla parte dei premi versata relativi a tale garanzia. In tal caso, il Contratto rimane in vigore per la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere i premi dovuti per tale prestazione.

Qualora il Contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della suddetta limitazione, avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di decorrenza, dei contratti sostituiti.

In merito alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, la Società non applicherà entro i primi diciotto mesi dalla data di decorrenza del Contratto la limitazione sopraindicata e, pertanto, la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in polizza, qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale, 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;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
- c) di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza (fermo quanto disposto dall'Art.8 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione).

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

CONDIZIONI PER LE ASSICURAZIONI CON VISITA MEDICA

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

ALLEGATO A - PROFILO DELLE PROFESSIONI E DELLE ATTIVITA' SPORTIVE SVOLTE DALL'ASSICURATO

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO UN SOVRAPPREMIO

ATTIVITÀ PROFESSIONALI
Operaio/addetto scavi di tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi) Operaio/addetto con accesso ad impalcature o ponteggi Operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi-minatore
Forze dell'ordine, forze armate e professioni con possesso di arma da fuoco, di seguito descritte: Agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali Agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali Agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali Guardia carceraria Guardia giurata Guardia notturna Metronotte Piloti di aerei a reazione Pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista)

Nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività professionali sopra indicate, il Contratto si intende stipulato con l'applicazione di un sovrappremio, il cui importo è espressamente indicato in Proposta.

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO LA NON ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA

ATTIVITÀ PROFESSIONALI
Addetto/ operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto Personale con possibili attività in aree di conflitto
Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte: Personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc...) Personale imbarcato su sottomarini
Insegnante o sportivo professionista delle seguenti attività: Alpinismo Attività di sub Automobilismo Motociclismo Motonautica Paracadutismo Speleologia Bungee Jumping Rafting Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio Equitazione

Nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività professionali sopra indicate, il Contratto non può essere stipulato.

Si precisa che le attività professionali non espressamente elencate nelle tabelle sopra indicate sono da considerarsi incluse della garanzia assicurativa.

ELENCO DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

ATTIVITÀ SPORTIVE
Alpinismo Attività di sub Gare di Automobilismo Gare di Motociclismo Motonautica Paracadutismo Speleologia Bungee Jumping Rafting Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio Equitazione

Nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività sportive sopra indicate, il Contratto si intende stipulato con l'esclusione delle coperture assicurative nel corso dello svolgimento dell'attività sportiva stessa.

Si precisa che le attività sportive di tipo ricreativo non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nelle garanzie assicurative.

GLOSSARIO

Appendice – Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo ai fini dell'efficacia delle modifiche del Contratto.

Assicurato – Persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione.

Beneficiario – Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

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 la prestazione assicurata.

Caricamenti - Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Cessione, pegno e vincolo – Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il Contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul Contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Condizioni di Assicurazione - Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Conflitto di interesse - Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente - Il soggetto, persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al pagamento del premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto.

Contratto – Accordo 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.

Decorrenza – Data in cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Durata contrattuale – Periodo durante il quale il Contratto è efficace e la prestazione è operante.

Età dell'Assicurato – L'età dell'Assicurato è calcolata dalla data di sottoscrizione della proposta, non tenendo conto delle frazioni d'anno inferiori a sei mesi, ma considerando anno intero le frazioni di anno superiori a sei mesi.

Fascicolo Informativo – L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione, contenenti:
- Condizioni Particolari
- Glossario;
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- Proposta.

ISVAP – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione – Pagamento all'avente diritto della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia - Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Nota Informativa – Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al Contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Polizza – Documento che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione.

Polizza sulla vita – Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data.

Premio – Importo che il Contraente si impegna a corrispondere secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.

Prestazione – Somma pagabile sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta - Documento sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario – modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare il rischio che assume con il Contratto di assicurazione.

Recesso - Diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione e farne cessare gli effetti.

Revoca - Diritto del proponente di revocare la Proposta prima della conclusione del Contratto.

Società - Compagnia (CREDITRAS VITA S.p.A.) autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

INFORMATIVA 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*

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 CREDITRAS VITA S.p.A., da Società del gruppo ALLIANZ S.P.A. 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 di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti, ivi inclusi i dati eventualmente necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

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.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, Banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

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

CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199.

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

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, nonché di schede e questionari. 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

* 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.

particolare, di soggetti facenti parte del gruppo ALLIANZ S.P.A. 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:

CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

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

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 un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - tel. 02.72163199 - fax 02.72162735 (il responsabile pro-tempore di Bancassurance Vita è anche responsabile del trattamento).

SOTTOSCRIZIONE CONTRATTO UNICREDIT PROTEZIONE VITA - CODICE TARIFFA T4XCP/T4XCP1 - N°PROPOSTA	
CONTRAENTE	
Cognome e Nome	
Sesso	Cod. fiscale
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Documento di identità	Numero
Ente, luogo e data rilascio	
Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica e i dati di cui sopra si riferiscono al legale rappresentante	
Ragione sociale	Partita IVA
Indirizzo	
ASSICURATO	
Cognome e Nome	
Sesso	Cod. fiscale
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Documento di identità	Numero
Ente, luogo e data rilascio	
BENEFICIARI CASO MORTE:	
BENEFICIARIO PER LA GARANZIA MALATTIE GRAVI: l'Assicurato	
CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO	
Decorrenza: il presente contratto decorre dalle ore 24 del giorno il cui il contratto ha esecuzione	
Durata: anni	
Frazionamento del premio: <i>[mensile / annuale]</i>	
Capitale assicurato in caso di decesso	Euro
Garanzia Malattie Gravi (tar. CIXCP/CIXCP1)	
<i>(attivata solo se l'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto, ha un'età non superiore a 60 anni)</i>	
Durata: 5 anni	
Anticipo a seguito di malattia grave del capitale assicurato in caso di decesso:	Euro
Premio <i>[mensile / annuale]</i> da versare per i primi cinque anni di durata contrattuale (comprensivo del caricamento):	Euro
<i>[Corrispondente premio su base annuale (comprensivo del caricamento)</i>	<i>Euro]</i>
Il premio indicato è comprensivo dei seguenti sovrappremi:	
Sovrappremio professionale:	
Sovrappremio sanitario:	
Premio <i>[mensile / annuale]</i> da versare a partire dal sesto anno di durata contrattuale (comprensivo del caricamento):	Euro
<i>[Corrispondente premio su base annuale (comprensivo del caricamento)</i>	<i>Euro]</i>
Il premio indicato è comprensivo dei seguenti sovrappremi:	
Sovrappremio professionale:	
Sovrappremio sanitario:	
Qualora la Società riceva, nel corso dei primi cinque anni, la documentazione comprovante il diritto all'indennizzo per la Garanzia Malattie Gravi, a partire da tale data il premio da versare sarà quello previsto a partire dal sesto anno.	
Eventuali accertamenti richiesti:	
Esami:	
Esami semplificati:	
Visita medica:	
Cartella clinica:	
La società si riserva di chiedere, per particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire l'eventuale assunzione del rischio.	

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO

Il correntista, senza necessità di una preventiva risposta della Società, autorizza la Banca ad addebitare i premi dovuti, secondo il frazionamento del premio prescelto, sul conto corrente:

intestato a

Il Correntista _____

Il premio versato è accreditato su apposito conto corrente intestato a CreditRas Vita S.p.A.

Attenzione: non è ammesso il pagamento in contanti

ANNOTAZIONI

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara che è stato consegnato a sue mani il presente Fascicolo Informativo (mod. UCB057 ed. 11/10) redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione comprensive delle Condizioni Particolari, del Glossario e dell'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Il Contraente dichiara di aver preso atto ed accettare le Condizioni di Assicurazione che costituiscono parte integrante del Contratto e che sono riportate nel Fascicolo Informativo.

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini, con le modalità di cui alla Clausola di ripensamento, come disciplinata dall'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile.

Inoltre, l'Assicurato dichiara:

- di non svolgere nessuna delle professioni indicate nell'Allegato A riportato nel Fascicolo Informativo. Nel caso in cui l'Assicurato svolga una o più delle professioni indicate nell'Allegato A riportato nel Fascicolo Informativo, specificare quali
- di non praticare nessuna delle attività sportive indicate nell'Allegato A riportato nel Fascicolo Informativo. Nel caso in cui l'Assicurato pratichi una o più delle attività sportive indicate, la copertura assicurativa non sarà operante durante la pratica delle stesse;
- che le risposte e le informazioni fornite nella presente Proposta sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

Il Contraente dichiara di autorizzare, senza necessità di preventiva risposta da parte della Società, l'esecuzione del contratto dal momento in cui, effettuato l'addebito del primo premio previsto, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio.

Il Contraente dichiara di aver preso atto inoltre che la presente proposta resterà valida 60 giorni dalla data di sottoscrizione entro i quali dovrà pervenire alla Società l'eventuale documentazione sanitaria richiesta oltre alla presente Proposta: se entro tale termine il contratto non avesse avuto esecuzione, la proposta si considererà decaduta.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'addetto dell'Intermediario:

in occasione del primo contatto: la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art.49 comma 1 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - nei confronti dei Contraenti (mod. BR0635, predisposto dall'Intermediario)

prima della sottoscrizione della Proposta: il documento contenente - ai sensi dell'art.49 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (mod. BR0636/02, predisposto dall'Intermediario).

Luogo e data Il Contraente _____ L'Assicurato _____ (se diverso dal Contraente)

Il Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.8 delle Condizioni di Assicurazione statuente le limitazioni delle garanzie che le Condizioni Particolari per le assicurazioni con o senza visita medica.

Luogo e data Il Contraente _____

Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato		
1. Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni per le assicurazioni senza visita medica?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
2. Usa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti oppure è affetto da tossicodipendenza o alcolismo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
3. Fuma più di 10 sigarette al giorno?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
4. Si prega di specificare l'altezza in centimetri e il peso in Kg (valori interi senza decimali) Il suo peso ha subito una diminuzione superiore al 20% negli ultimi 12 mesi?	cm.... sì <input type="checkbox"/>	Kg..... no <input type="checkbox"/>
5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafie, radiografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro), che abbiano dato esito fuori dalla norma; oppure e' in attesa di effettuare indagini diagnostiche particolari?	sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, visite mediche, cure o esami, oppure è previsto un ricovero, per una delle seguenti malattie: Sezione a): <ul style="list-style-type: none"> • Infarto, angina pectoris, cardiopatia ischemica e/o dilatativa, soffi al cuore (difetti valvolari), arteriopatia occlusiva o ostruttiva, • Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma, emorragia cerebrale • Il cancro, qualsiasi tipo di tumore maligno o benigno, polipi in genere, leucemia, linfomi, mielomi • Il diabete o presenza di glucosio nelle urine, disturbi alla tiroide • Talassemia major, policitemia vera, trombocitopenia, piastrinosi, gammopatia monoclonale • Insufficienza renale, nefriti, glomerulonefrite, nefrosi, rene policistico, polipi o papillomi vescicali • Colite ulcerosa, morbo di Crohn, ulcera perforata o trattata chirurgicamente, pancreatite, epatite B o C (compreso lo stato di portatore), cirrosi epatica o altre malattie del fegato • Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate Sezione b): <ul style="list-style-type: none"> • Altre malattie cardiovascolari non specificate nella sezione a), oppure ipertensione con valori superiori a 140/90 nonostante trattamento • Ipercolesterolemia con valori superiori a 250 • Calcolosi renale ricorrente, ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (presenza di albumina o proteine nelle urine) • Cisti ovariche, ovaio policistico, pap test anomalo, polipi • Adenoma prostatico, ipertrofia prostatica o altri disturbi alla prostata o all'apparato riproduttivo • Malattie delle mammelle (mastopatia fibrocistica, mammografia o ecografia al mammaria anormale, noduli al seno)? • Broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema o malattie croniche dell'apparato respiratorio • Epilessia, paralisi, disturbi nervosi (depressione maggiore, psicopatie), sclerosi multiple, malattia del motoneurone, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson • Malattie autoimmuni • Malattie all'apparato endocrino (alla tiroide, del surrene ecc). 	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
7. Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di una o più delle malattie elencate prima dell'età di 55 anni? infarto miocardico o innesto di bypass, ictus, insufficienza renale, rene policistico, cancro o tumori, diabete, malattie del colon-retto, polipi del colon, corea di Huntigton?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Accettazione del rischio da parte della Società

Il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - prendono atto che la copertura assicurativa opererà solo a seguito di espressa accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio.

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONE SULL'ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA ASSICURATIVA

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Gli interessati (Contraente e Assicurato), preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) - contenuta nel presente Fascicolo Informativo - acconsentono al trattamento dei loro dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Inoltre, l'Assicurato autorizza e delega la Società (CreditRas Vita S.p.A.) a richiedere, in caso di suo decesso, alle Strutture sanitarie e al proprio medico curante, la relativa documentazione clinica nonché la relazione sanitaria, ai fini della liquidazione del sinistro agli aventi diritto.

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato _____

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007.

Nome e Cognome (stampatello)

Firma _____

FACSIMILE

data ultimo aggiornamento: 29 ottobre 2010
codice modello: UCB057
edizione: 11/2010



CreditRas Vita S.p.A. - Sede Legale: Corso Italia, 23 - 20122 Milano - Telefono +39 02 7216.1
Fax +39 02 7216.4032 - Capitale sociale deliberato € 130.101.000,00 - Capitale sociale
versato € 102.000.000,00 - Codice fiscale e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano
n. 11432610159 - Partita IVA: 11931360157 - R.E.A. di Milano n. 1507537 - Autorizzata
all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP N. 259 del 16/5/1996
Società rientrante nell'area di consolidamento del bilancio del gruppo Allianz S.p.A.

