



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE

VITA PROTETTA PREMIUM

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA VITA PROTETTA PREMIUM

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del 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

Indirizzo posta elettronica certificata: creditrasvita@pec.allianz.it

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

Iscritta all'Albo imprese di assicurazione n. 100121.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31.12. 2015 il Patrimonio netto della Società è pari a 475 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 112 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 339 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari al 102,1% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Le prestazioni indicate di seguito, sono operanti per tutta la durata del contratto intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza del Contratto.

Il presente Contratto si rivolge esclusivamente ad un Contraente – persona fisica ed è stato predisposto per una durata scelta del Contraente compatibilmente con l'età dell'Assicurato in un intervallo temporale compreso tra 10 e 20 anni; non sono ammesse durate diverse.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (**Garanzia principale**)
- b) Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio (**Garanzia complementare facoltativa**)

In funzione delle Garanzie scelte dal Contraente in fase di sottoscrizione del Contratto, la Società si impegna a corrispondere le prestazioni come di seguito indicato.

A) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia principale)

La Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, il capitale assicurato indicato in proposta (a partire da un importo minimo pari a 100.000 Euro - con incrementi pari a 1.000,00 Euro o suoi multipli-) nel caso in cui, prima della scadenza contrattuale e a condizione che la garanzia sia in vigore, si verifichi il decesso dell'Assicurato. Per capitali assicurati superiori ai 150.000,00 Euro l'assunzione è subordinata all'accettazione del rischio da parte della Società.

B) Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio (Garanzia complementare facoltativa)

Nel caso in cui sia stata richiesta in fase di sottoscrizione la Garanzia complementare facoltativa e il decesso dell'Assicurato avvenga come conseguenza di un infortunio, il capitale assicurato viene raddoppiato.

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

Maggiori dettagli sulla prestazione assicurativa sono riportati all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 9 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte della Società. Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, infine, non riconoscerà la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nei periodi di Carenza secondo quanto indicato nelle Condizioni Particolari contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

In ogni caso, l'assunzione del rischio da parte della Società comporta la conoscenza delle condizioni di salute dell'Assicurando, da effettuarsi mediante la sottoscrizione da parte dello stesso delle dichiarazioni riportate in Proposta, secondo quanto previsto all'Art. 5 "ASSUNZIONE DEL RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.

È estremamente importante quindi che l'Assicurando presti la massima attenzione nel leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di Proposta e che rilasci dichiarazioni complete e veritiere.

L'Assicurando può, in ogni caso, sottoporsi volontariamente a visita medica al fine di ridurre i periodi di Carenza indicati alle Condizioni Particolari contenuti nelle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre, sono previsti accertamenti sanitari aggiuntivi per capitali assicurati superiori a 150.000,00 Euro.

4. PREMI

A fronte delle prestazioni previste dal Contratto l'importo del premio annuo da versare alla Società è determinato in base all'età dell'Assicurato, alla durata del contratto, all'importo assicurato e alle garanzie prestate.

Il premio, a scelta del Contraente, può essere versato secondo una periodicità annuale o mensile (senza l'applicazione di interessi di frazionamento).

A condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, il Contraente può variare la tipologia di frazionamento del premio con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla data di richiesta della variazione.

Tale facoltà è possibile entro i quindici giorni precedenti la ricorrenza annuale del Contratto.

Nel corso della durata contrattuale non è possibile modificare le Garanzie prescelte in fase di sottoscrizione; ne consegue che l'importo del premio annuo non può essere modificato nel corso della durata del pagamento dei premi.

Il premio annuo è dovuto dal Contraente per tutta la durata del Contratto e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

La prima annualità o mensilità del premio viene corrisposta dal Contraente alla Società in via anticipata al momento della sottoscrizione della Proposta.

I premi successivi al primo - solo nel caso in cui l'Assicurato sia in vita - 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 rapporto indicato in Proposta.

Non è ammesso il pagamento in contanti.

In caso di estinzione del rapporto di cui sopra, 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. Se non versato, il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società senza alcun obbligo per quest'ultima in ordine alla prestazione assicurata.

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUI PREMI

Spese di emissione

L'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

Caricamento espresso in percentuale

Il caricamento espresso in percentuale trattenuto dalla Società a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di premio, è pari al 37% dell'importo di ciascun premio annuo costante versato.

Spese per visita medica

L'Assicurando può volontariamente sottoporsi a visita medica al fine di ridurre i periodi di Carenza indicati alle Condizioni Particolari contenuti nelle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre, sono previsti accertamenti sanitari aggiuntivi per capitali assicurati superiori a 150.000 Euro.

I costi per tali accertamenti sanitari, non quantificabili a priori, non gravano sul premio e sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

La quota parte percepita dai soggetti distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal Contratto, è, in base alla durata contrattuale selezionata, rispettivamente pari a:

- 81,98%, nel caso in cui la durata contrattuale sia pari a 10 anni;
- 81,83%, nel caso in cui la durata contrattuale sia pari a 15 anni;
- 81,73%, nel caso in cui la durata contrattuale sia pari a 20 anni.

6. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

Il Contratto può essere sottoscritto a condizioni agevolate dai dipendenti in attività o in quiescenza del Gruppo Bancario UniCredit che siano anche correntisti della Banca: in tal caso è previsto uno sconto medio di premio pari al 30% attribuibile alla riduzione del caricamento al 8,50%. La misura effettiva dello sconto dipende dall'incidenza del caricamento sul premio annuo, variabile in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Contratto.

7. REGIME FISCALE

IMPOSTA SUI PREMI

I premi versati relativi alla componente vita non sono soggetti ad alcuna imposta, i premi relativi alla componente infortuni sono soggetti a tassazione nella misura del 2,5%.

DETRAIBILITÀ FISCALE DEI PREMI

Nel caso in cui il Contraente persona fisica che sottoscriva la polizza al di fuori di una attività d'impresa coincida con l'Assicurato, i premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", ossia 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, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente (o del diverso soggetto cui sia fiscalmente a carico) nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa pro tempore vigente.

Nel caso in cui il Contraente persona fisica che sottoscriva la polizza al di fuori di una attività d'impresa non coincida con l'Assicurato, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente.

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 limite massimo previsto dalla normativa pro tempore vigente.

In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo della copertura potrebbe risultare inferiore ai premi versati.

TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni della normativa in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa, nel caso di Beneficiario persona fisica le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Nel caso in cui il Beneficiario sia persona giuridica il trattamento fiscale delle somme liquidate dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali tempo per tempo vigenti.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle prestazioni assicurative si rimanda agli Art. 3 "CONCLUSIONE DEL CONTRATTO" e Art. 6 "ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO" delle Condizioni di Assicurazione.

A seguito della conclusione del Contratto, la Società invia la polizza al Contraente.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi. Infatti, qualora l'annualità di premio o anche solo una mensilità di premio dovuto non venga 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 entro dodici mesi dalla data di scadenza di pagamento.

La garanzia prevista dal Contratto non ha efficacia durante la sospensione e, in caso di decesso dell'Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte della Società.

Si rinvia all'Art. 10 "MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E RIATTIVAZIONE

Il presente Contratto non riconosce un valore di riscatto e di riduzione.

In caso di sospensione del Contratto, il Contraente ha la facoltà di riattivarlo entro dodici mesi dalla scadenza di pagamento secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'Art. 11 "RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

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).

La revoca ha effetto 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.

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 E TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

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, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, possono essere presentati alla Società mediante:

- posta cartacea indirizzata a: CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano;
- e-mail: reclami@creditrasvita.it;
- fax: 02 72162735;

La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in caso di assenza di riscontro da parte della Società nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Fax: 06.42.133.206

tutela.consumatore@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Compagnia. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo", nonché sul sito della Compagnia (www.creditrasvita.it) alla Sezione "Servizio Clienti", attraverso apposito link al sito di IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia .

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche per effetto di modifiche della normativa applicabile al Contratto successive alla conclusione dello stesso. In particolare, gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, saranno disponibili sul sito internet della Società all'indirizzo www.creditrasvita.it.

Inoltre, nel sito internet di CreditRas Vita S.p.A. è attiva all'indirizzo www.creditrasvita.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa. Per accedere occorre selezionare l'apposito link presente nella home page del sito internet della Società e, una volta completata la registrazione, il Contraente potrà ricevere al proprio indirizzo di posta elettronica, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso.

Tramite l'Area Riservata il Contraente potrà consultare le proprie coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi.

18. 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 viene distribuito da UniCredit S.p.A. con l'esclusione delle filiali contraddistinte "UniCredit Private Banking".

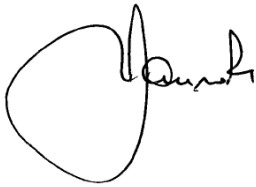
CREDITRAS VITA S.p.A. è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

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.

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

I rappresentanti legali

Direttore Generale
Mauro Re

Handwritten signature of Mauro Re, consisting of a large, stylized 'M' followed by 'Re'.

Dirigente Responsabile
Maurizio Binetti

Handwritten signature of Maurizio Binetti, consisting of a stylized 'M' followed by 'Binetti'.

Data ultimo aggiornamento: 27.05.2016

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VITA PROTETTA PREMIUM

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

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (**Garanzia principale**)
- b) Prestazione complementare per il caso di decesso dovuto ad infortunio (**Garanzia complementare** facoltativa)

In funzione delle Garanzie scelte dal Contraente in fase di sottoscrizione del Contratto, la Società si impegna a corrispondere le prestazioni come di seguito indicato.

A) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (**Garanzia principale**)

La Società garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il pagamento ai Beneficiari designati dal Contraente di un importo liquidabile in un'unica soluzione, pari al capitale assicurato indicato in polizza, scelto dal Contraente a partire da un importo minimo pari a 100.000,00 Euro - con incrementi pari a 1.000,00 Euro o suoi multipli-. Per capitali assicurati superiori ai 150.000,00 Euro l'assunzione è subordinata all'accettazione del rischio da parte della Società.

B) Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio (**Garanzia complementare** facoltativa)

Nel caso in cui sia stata richiesta in fase di sottoscrizione la **Garanzia complementare** facoltativa e il decesso dell'Assicurato avvenga come conseguenza di un infortunio, il capitale assicurato viene raddoppiato.

Per infortunio s'intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la sua morte; qualora quest'ultima non sia immediata, ai fini assicurativi, deve avvenire entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi.

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

La Società, in ogni caso, non riconosce alcuna prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nei i periodi di Carenza indicati alle Condizioni Particolari di seguito riportate. Inoltre, la Società non riconosce la prestazione qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta di una delle cause riportate al successivo Art. 9 "ESCLUSIONI".

Infine, nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso non è prevista alcuna prestazione da parte della Società, secondo quanto riportato al successivo Art. 10 "MANCATO VERSAMENTO DEI PREMI".

La durata del Contratto può essere scelta dal Contraente, compatibilmente con l'età dell'Assicurato, in un intervallo temporale compreso tra 10 e 20 anni.

Il presente Contratto può essere stipulato soltanto da un Contraente-persona fisica e se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 60 anni (età assicurativa). Inoltre l'età dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza non potrà essere superiore a 70 anni (età assicurativa).

ART.2 - PREMIO

Le prestazioni del Contratto vengono garantite previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di premi annui il cui importo è da corrispondersi in via anticipata alle ricorrenze stabilite.

L'importo del premio annuo costante è determinato in base:

- all'età di ingresso dell'Assicurato
- alla durata del contratto
- al capitale assicurato
- alla scelta di abbinare alla Garanzia principale la Garanzia complementare

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

La prima annualità o mensilità di premio, secondo la periodicità di premio prescelta, viene corrisposta al momento della sottoscrizione della Proposta, 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 - ad ogni ricorrenza annuale o mensile della data di decorrenza, a seconda che la periodicità di versamento prescelta sia rispettivamente annuale o mensile.

A condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, il Contraente può variare la tipologia di frazionamento del premio con effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla data di richiesta della variazione.

Tale facoltà è possibile entro i quindici giorni precedenti la ricorrenza annuale del Contratto.

Nel corso della durata contrattuale non è possibile modificare o revocare le garanzie prescelte in fase di sottoscrizione; ne consegue che l'importo del premio annuo non può essere modificato nel corso della durata pagamento premi.

Il versamento degli importi sopra indicati viene effettuato con procedura di addebito sul rapporto, intrattenuto presso UniCredit S.p.A., indicato in Proposta.

In caso di estinzione del rapporto di cui sopra, 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.

Anche se frazionato in più rate, 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 di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI DEL CONTRATTO".

ART.3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si intende concluso alla data di decorrenza indicata in Proposta, a condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta, compresa la dichiarazione di buono stato di salute, e versato la prima annualità o mensilità del premio pattuito.

Qualora l'Assicurando venga sottoposto ad accertamenti sanitari, 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 di cui alla Proposta, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio.

A conferma della conclusione del Contratto, la Società invierà al Contraente il documento di polizza.

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).

La revoca ha effetto 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 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

Al presente Contratto possono aderire Assicurandi che al momento della sottoscrizione della Proposta dichiarino espressamente:

- a) di NON aver avuto negli ultimi 10 anni la diagnosi di una delle seguenti malattie:
 1. cancro / tumore (compresi linfomi, leucemie e mielomi);
 2. malattie cardiovascolari, circolatorie e cerebrovascolari (ad esempio infarto, ictus, trombosi) ad eccezione di ipertensione arteriosa;
 3. malattie del fegato (ad esempio epatite cronica, cirrosi epatica);

4. malattie dell'apparato urogenitale (ad esempio insufficienza renale cronica, rene policistico);
 5. malattie dell'apparato respiratorio (ad esempio insufficienza respiratoria cronica, enfisema, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva);
 6. malattie del sistema nervoso centrale e/o periferico (ad esempio SLA, sclerosi multipla, paralisi ecc.) e della psiche (ad esempio depressione, schizofrenia);
 7. malattie osteoarticolari immunitarie (artrite reumatoide, artrite psoriasica);
 8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, ulcera, talassemia, obesità;
 9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate;
- b) di NON essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure farmacologiche continuative e/o controlli periodici clinico-specialistici in relazione alle malattie elencate al paragrafo a);
- c) di NON essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche strumentali (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, radiografie, mammografie, biopsie) con esito al di fuori della norma;
- d) di NON avere valori pressori superiori a 140 mm Hg di massima oppure superiori a 90 mm Hg di minima, anche se in terapia farmacologica;
- e) di NON presentare postumi invalidanti causati da malattie o infortuni, di NON essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità, NÉ di aver fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (ASL, INPS, INAIL).

Pertanto, l'assunzione del rischio da parte della Società comporta la conoscenza delle condizioni di salute dell'Assicurando, da effettuarsi mediante la sottoscrizione da parte dello stesso delle dichiarazioni riportate in Proposta.

Per capitali assicurati superiori a 150.000,00 Euro l'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e delle abitudini di vita dello stesso, da effettuarsi:

- analizzando le dichiarazioni rese dall'Assicurando in Proposta con il quale egli informa la Società sul proprio stato di salute;
- richiedendo all'Assicurando di sottoporsi a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari (come da griglia allegata).

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

La copertura assicurativa opererà, quindi, solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio. In tal caso, il Contratto si concluderà nel momento in cui, effettuato l'addebito del premio dovuto, il premio medesimo venga accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. La data di decorrenza coinciderà con la data di conclusione del Contratto.

Tuttavia, nel caso in cui dalla documentazione sanitaria prodotta, emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

In tal caso, la Società comunicherà il rifiuto del rischio.

In ogni caso, l'Assicurando può richiedere alla Società, in fase di sottoscrizione della Proposta, di sottoporsi a proprie spese a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari al fine di ridurre i periodi di carenza riportati nelle Condizioni Particolari incluse nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART.6 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO

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

Qualora l'Assicurando venga sottoposto ad accertamenti sanitari, il Contratto decorrerà previa accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio.

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

ART.7 - DURATA E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

La durata del Contratto può essere scelta dal Contraente, compatibilmente con l'età dell'Assicurato, in un intervallo temporale definito tra 10 e 20 anni e il contratto si estingue solo nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Contratto;
- in caso di interruzione del pagamento dei premi, trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento del primo premio ovvero rata di premio non pagata senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata del Contratto;
- alla data di scadenza del Contratto.

ART.8 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Presupposto per la corretta assunzione del rischio è la conoscenza dello stato di salute dell'Assicurando.

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che le dichiarazioni dell'Assicurato siano 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 dell'Assicurato, salvo il caso che 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.

ART.9 - 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, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso intervenuti successivamente alla stipulazione del Contratto.

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 la stessa 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;
- abuso di alcol o uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili, qualora il decesso sia conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato stesso;
- malattie, condizioni patologiche pregresse, conseguenze di infortuni precedenti la data di effetto delle garanzie;

ovvero avvenuto:

- durante lo svolgimento di una delle attività professionali di cui all'Elenco A;
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all' Elenco B.

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta ed esclusiva di uno degli eventi sopra indicati, la Società non liquiderà la prestazione, ma restituirà i premi corrisposti al netto dei costi.

Inoltre, qualora il Contratto sia stato sottoscritto senza visita medica, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga a seguito di una delle malattie e/o lesioni di seguito riportate e già diagnosticate alla data di sottoscrizione della Proposta, la Società non liquiderà alcuna prestazione:

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

Resta fermo che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

ART.10 - 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 della prestazione 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.11 - 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.

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.12 - RISCATTO E PRESTITI

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

ART.13 - 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.

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 all'avente diritto, mentre le operazioni di variazione contrattuale devono essere richieste dal Contraente con assenso scritto del creditore pignoratizio.

Non è consentito dare in pegno o vincolare la prestazione a favore dell'Intermediario, come previsto dall'art.48 del Regolamento IVASS (già ISVAP) n. 5 del 16 ottobre 2006, come modificato dal Provvedimento IVASS (già ISVAP) n. 2946 del 6 dicembre 2011, salvo successive modifiche o integrazioni.

ART.14 - 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 che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nel primo caso le operazioni di pegno o vincolo del Contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

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

Non è consentito designare quale beneficiario della prestazione assicurativa l'Intermediario, come previsto dall'art.48 del Regolamento IVASS (già ISVAP) n. 5 del 16 ottobre 2006, come modificato dal Provvedimento IVASS (già ISVAP) n. 2946 del 6 dicembre 2011, salvo successive modifiche o integrazioni.

ART.15 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per il pagamento della prestazione in caso di decesso del Contraente/Assicurato la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere preventivamente inoltrata alla Società, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano) oppure allo sportello bancario presso cui è appoggiato il Contratto.

Allo sportello bancario che ha in gestione il Contratto nonché direttamente presso la Società è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto per richiedere la liquidazione. E' comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della prestazione in forma libera, purché siano riportate le modalità di pagamento prescelte (bonifico o assegno di traenza).

Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata; in alternativa verrà richiesto l'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto.

La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se il Contraente/Assicurato 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 rinunciatari), 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 del medico curante (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico del Contraente/Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società e allegato in fac-simile al presente Fascicolo Informativo, riportando nel dettaglio le informazioni cliniche richieste. Onde agevolare l'avente diritto, il modulo per la redazione della relazione sanitaria è disponibile anche presso lo sportello bancario dove è appoggiato il Contratto. In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.
- **nel caso in cui sia stata sottoscritta la garanzia complementare facoltativa e il decesso avvenga a seguito di infortunio**, la denuncia di sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso.

La Società, anche nell'interesse degli aventi diritto, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo: relazione medica non esaustiva, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, decesso per infortunio o causa violenta, discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc....)

La Società si farà carico dei costi che il richiedente si troverà a dover sostenere per l'eventuale produzione in copia delle cartelle cliniche, dei referti di esami sostenuti dall'Assicurato e/o di ogni altro accertamento medico rilasciati dalle competenti strutture sanitarie, provvedendo a rimborsare al richiedente medesimo le spese sostenute fino ad un importo massimo di Euro 150,00, dietro presentazione di idonea attestazione comprovante l'esborso sostenuto.

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 legali 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. 16 - 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.

ART. 17 – 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.

ART.18- TASSE ED IMPOSTE

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

ART.19 - 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 sei 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 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.

La Società non applicherà entro i primi sei 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 fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza (fermo quanto disposto dall'Art. 9 "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, la Società non liquiderà la prestazione ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi.

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 cinque anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società non liquiderà la prestazione ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi.

ELENCO DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI NECESSARI PER CAPITALI ASSICURATI SUPERIORI A 150.000 EURO

<p>Capitale assicurato oltre 150.000 € sino a 250.000 €</p>	<p>“Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza, da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - esame completo delle urine in laboratorio - esami sangue: colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia, creatininemia, azotemia, AST, ALT, gamma GT, HbsAg, anti HCV, test HIV (applicazione carenze se non prodotto).
<p>Capitale assicurato oltre 250.000 € sino a 500.000 €</p>	<p>“Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - esame completo delle urine in laboratorio - esame elettrocardiografico a riposo - esame elettrocardiografico dopo sforzo (per età superiore a 40 anni) - rx del torace in due proiezioni - esami del sangue: azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridemia, transaminasi (GOT, GPT), gamma GT, emocromo completo con conta piastrine, fosfatasi alcalina, PT, HBs Ag e anti HCV, test HIV(applicatione carenze se non prodotto), CEA, Ca 19.9 <p>Per assicurando sesso femminile: CA 125 e CA 15-3 Per assicurando sesso maschile di età superiore a 50 anni: PSA</p>
<p>Capitale assicurato oltre 500.000 € sino a 750.000 €</p>	<p>“Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificato del medico curante - esame completo delle urine in laboratorio - esame elettrocardiografico a riposo e dopo sforzo - rx del torace in due proiezioni - esami del sangue: azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolo totale, HDL, LDL, fibrinogenia, trigliceridemia, uricemia, bilirubinemia totale e frazionata, emocromo completo con conta piastrine, VES, PT, PTT, transaminasi (GOT, GPT), gamma GT, LDH, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, HBs Ag e anti HCV, Test HIV (applicazione carenze se non prodotto), CEA, Ca19.9. <p>Per assicurando sesso femminile: CA 125e CA 15-3 Per assicurando sesso maschile età superiore 50 anni: PSA</p> <p>Questionario finanziario</p>

ELENCO A - PROFILO DELLE PROFESSIONI SVOLTE DALL'ASSICURATO

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

ATTIVITÀ PROFESSIONALI
Operaio/addetto all'utilizzo di esplosivi-minatore Addetto/ operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto
Giornalista/Reporter e fotoreporter operante in aree di conflitto
Pilota di aerei a reazione Pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista)
Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte: Personale operante in area di conflitto Personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc...) Personale imbarcato su sottomarini
Insegnante e/o sportivo professionista delle seguenti attività: Alpinismo Attività di sub Automobilismo Base Jumping Bungee Jumping/Repelling Canyoning/Torrentismo Canoa/Rafting Downhill Equitazione Hydrospeed, Kitesurf Motociclismo Motonautica Paracadutismo Pugilato Sci alpinismo Snowboard acrobatico e/o estremo, Speleologia Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato svolga una delle attività professionali sopra indicate, la copertura assicurativa non sarà operante durante l'esercizio delle stesse.

ELENCO B - PROFILO DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE SVOLTE DALL'ASSICURATO

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

ATTIVITÀ SPORTIVE
Alpinismo se praticato oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre i 4000 metri di altezza
Attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record)
Base Jumping
Bungee Jumping/Repelling
Canyoning /Torrentismo
Canoa/Rafting
Downhill
Equitazione
Hydrospeed
Gare di Automobilismo
Gare di Motociclismo
Kitesurf
Motonautica
Paracadutismo
Pugilato
Sci alpinismo
Snowboard acrobatico e/o estremo
Speleologia
Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

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.

Data ultimo aggiornamento: 27.05.2016

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*

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 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.

Si precisa che, alcuni dati personali anche "sensibili" raccolti presso gli interessati o presso terzi potranno essere conservati presso la banca che opera in qualità di intermediario assicurativo e che li tratterà quale autonomo Titolare per le sole finalità connesse alla conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo.

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

* 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 la individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.

cellulare, della posta elettronica, del sito web della Compagnia, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, nonché di coupons, 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.

Il sito internet della Compagnia, la posta elettronica, nonché altre tecniche di comunicazione a distanza, potranno essere utilizzati anche per permettere, solo a chi ne ha il diritto, la consultazione della posizione assicurativa e per l'invio, da parte della Società, delle comunicazioni e/o della documentazione contrattualmente prevista.

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 ALLIANZ 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 e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo.

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. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - telefono 02 72.16.31.99 - fax 02 72.16.27.35 - e-mail info@creditrsvita.it (il cui responsabile pro-tempore è anche responsabile del trattamento).

Data ultimo aggiornamento: 06.10.2015

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 e che, nel caso di Contraente persona fisica, può coincidere o meno con il Contraente.

Banca – UniCredit S.p.A.

Beneficiario – Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che per questo Contratto non può coincidere con l'Assicurato, 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 avvenga 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 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.

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 (che può coincidere o meno con l'Assicurato o con 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 dei premi, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Decorrenza – Data da 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 assicurativa dell'Assicurato – L'età dell'Assicurato assicurativa è calcolata in anni interi rispetto alla data di sottoscrizione della Proposta, non tenendo conto delle frazioni d'anno inferiori a sei mesi, e considerando invece come 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 le Condizioni Particolari
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- Glossario;
- Proposta.

Infortunio – Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario – UniCredit S.p.A.

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

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

Nota Informativa – Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS 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.

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.

Data ultimo aggiornamento: 06.10.2015

SOTTOSCRIZIONE CONTRATTO VITA PROTETTA PREMIUM - CODICE TARIFFA T4XCX9 - N°PROPOSTA:

CONTRAENTE

Cognome e Nome

Sesso Codice fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Documento di identità

Numero

Ente, luogo e data rilascio

Indirizzo per la corrispondenza

ASSICURATO

Cognome e Nome

Sesso Cod. fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Documento di identità

Numero

Ente, luogo e data rilascio

FAC-SIMILE

BENEFICIARI CASO MORTE:

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Decorrenza: [se visita medica: *il presente contratto decorre dalle ore 24 del giorno in cui il contratto ha esecuzione*]

Durata: anni

Frazionamento del premio: [*mensile / annuale*]

Capitale assicurato in caso di decesso: Euro

Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio: Euro

Premio [*mensile / annuale*] da versare (comprensivo del caricamento): Euro

di cui Euro relativo alla componente infortuni

[*Corrispondente premio su base annuale (comprensivo del caricamento)* Euro]

di cui Euro relativo alla componente infortuni

[*E' stata richiesta la visita medica*]

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO

Si autorizza la Banca ad addebitare i premi dovuti, secondo il frazionamento del premio prescelto, sul rapporto intestato a

Il Titolare del rapporto _____

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

Attenzione: non è ammesso il pagamento in contanti

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara che è stato consegnato a sue mani, prima della sottoscrizione, il presente Fascicolo Informativo (mod. UCB190 ed.06/16) redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione comprensive delle Condizioni Particolari, l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza e il Glossario.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

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 e con le modalità di cui alla Clausola di ripensamento, come disciplinata dall'Art.4 "Clausola di ripensamento" 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 deve prestare particolare attenzione nella sottoscrizione poiché:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione stessa;
- c) 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.

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

- a) di **NON** aver avuto negli ultimi **10 anni** la diagnosi di una delle seguenti malattie:
 1. cancro / tumore (compresi linfomi, leucemie e mielomi)
 2. malattie cardiovascolari, circolatorie e cerebrovascolari (ad esempio infarto, ictus, trombosi) ad eccezione di ipertensione arteriosa
 3. malattie del fegato (ad esempio epatite cronica, cirrosi epatica)
 4. malattie dell'apparato urogenitale (ad esempio insufficienza renale cronica, rene policistico)
 5. malattie dell'apparato respiratorio (ad esempio insufficienza respiratoria cronica, enfisema, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)
 6. malattie del sistema nervoso centrale e/o periferico (ad esempio SLA, sclerosi multipla, paralisi ecc.) e della psiche (ad esempio depressione, schizofrenia)
 7. malattie osteoarticolari immunitarie (artrite reumatoide, artrite psoriasica)
 8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, ulcera, talassemia, obesità
 9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate
- b) di **NON** essersi sottoposto **negli ultimi 12 mesi** a cure farmacologiche continuative e/o controlli periodici clinico-specialistici in relazione alle malattie elencate al paragrafo a)
- c) di **NON** essersi sottoposto **negli ultimi 12 mesi** a indagini diagnostiche strumentali (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, radiografie, mammografie, biopsie) con esito al di fuori della norma
- d) di **NON** avere **valori pressori superiori** a 140 mm Hg di massima oppure superiori a 90 mm Hg di minima, anche se in terapia farmacologica;
- e) di **NON** presentare **postumi invalidanti** causati da malattie o infortuni, di **NON** essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità, **NE** di aver fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (ASL, INPS, INAIL).

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

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

Elenco A

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

Elenco B

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

FAC-SIMILE

[Qualora sia stata richiesta la visita medica, a parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione, il Contraente/Assicurato prende atto che:

- *la copertura assicurativa opererà solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio;*
- *a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta, il Contratto si considera concluso, diversamente da quanto indicato all'Art. 3 "Conclusione del Contratto", 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 Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. A seguito della conclusione del contratto, la Società, anche ad ulteriore conferma dell'iniziata esecuzione, invia la polizza al Contraente/Assicurato. La data di decorrenza coincide con la data di conclusione del Contratto.*

Il Contraente/Assicurato dichiara pertanto 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/Assicurato dichiara di aver preso atto inoltre che la presente Proposta resterà valida novanta 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 prima della sottoscrizione della proposta:

- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti (mod. BR0635, predisposto dall'Intermediario);
- il documento contenente - ai sensi dell'art.49 comma 2 lett. a) del Regolamento IVASS (già 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. BR0636/22, 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.9 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 _____

DICHIARAZIONE SULL'ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA ASSICURATIVA

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Accettazione del rischio da parte della Società

Il Contraente e l'Assicurato prende atto che la copertura assicurativa opererà solo a seguito della sottoscrizione del presente modulo di proposta in tutte le sue parti, compresa la dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurato, e del pagamento del premio dovuto.

Luogo e data _____

Il Contraente _____ L'Assicurato _____

ANNOTAZIONI

FAC-SIMILE

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.

Acconsente/ono altresì al trattamento dei propri dati personali anche sensibili da parte di UniCredit S.p.A.. per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

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 e dell'Assicurato ai sensi del D. Lgs. n. 231 del 21 novembre 2007

Nome e Cognome (stampatello) _____

Firma _____

Data ultimo aggiornamento: 27.05.2016

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE (medico di famiglia)

Dott.Indirizzo

sulla causa che determinò il decesso dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse.

Il medico è pregato di redigere la presente fornendo tutte le informazioni utili ad illustrare l'inizio e il decorso di malattie gravi o comunque significative, eventualmente sofferte dall'Assicurato.

Si prega di rispondere in forma PARTICOLAREGGIATA.

Cognome e Nome dell'Assicurato defunto

Età Professione

Data del decesso:/..../..... Luogo del decesso (Prov.)

Causa del decesso

Da quando Lei era il medico dell'Assicurato?

L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici o di sostanze stupefacenti? Indicare in che misura e da quando, se noti:

E' disponibile a un contatto da parte della Compagnia per eventuali approfondimenti del caso?.....
In caso affermativo indichi i recapiti ai quali può essere contattato e i relativi orari:.....

BREVE STORIA CLINICA DELL'ASSICURATO¹

Patologia che ha causato il decesso (diagnosi iniziale, successione morbosa, accidente terminale):.....

¹ Da compilarsi nel caso in cui il decesso sia stato causato da una patologia.

Data in cui è stata effettuata la prima diagnosi della patologia:

.....

.....

Altre patologie di cui ha sofferto l'Assicurato (con particolare riferimento a cardiopatie, nefropatie, broncopatie, neuropatie, malattie metaboliche, tumorali ecc.), si prega di indicare la data della relativa diagnosi:

.....

.....

.....

.....

.....

Precisare la sintomatologia e decorso delle suddette patologie riscontrate:

.....

.....

.....

.....

Eventuali ricoveri ospedalieri (indicare data del ricovero, nome dell'Ospedale/Clinica Privata), trattamenti sanitari e interventi chirurgici eseguiti nei confronti dell'Assicurato per le patologie sofferte:

.....

.....

.....

.....

.....

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliore illustrazione del caso clinico?

.....

.....

.....

IL MEDICO CURANTE

Luogo Data..... Firma

Data ultimo aggiornamento: 27/05/2016
Codice modello: UCB190
Edizione: 06/2016



CreditRas Vita S.p.A. - Sede legale Corso Italia 23, 20122 Milano - Tel. +39 02 7216.1
Fax +39 02 7216.4032 - creditrsvita@pec.allianz.it - www.creditrsvita.it - Capitale
sociale versato e sottoscritto € 112.200.000,00 - CF e iscrizione al Registro delle
Imprese di Milano n. 11432610159 - P. IVA 1931360157 - 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..