



Gruppo Assicurativo Allianz 

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE

VITA PROTETTA BUSINESS

Il Set Informativo costituito da:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
- Condizioni di Assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- Glossario
- Proposta (in versione fac-simile)

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente i contenuti del presente Set Informativo.

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Tariffa T4XCX6 / T4XCXU6
Edizione: 01/07/2020

Assicurazione Temporanea per il caso morte

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

Compagnia: CreditRas VITA S.p.A.
Prodotto: VITA PROTETTA BUSINESS

Data di realizzazione: 01/07/2020
Il presente DIP Vita è l'ultimo pubblicato disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione temporanea per il caso morte che può essere stipulata soltanto da un Contraente – persona giuridica, società di persone, impresa individuale e che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

✓ Decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, e sempreché il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, il 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).

Qualora il Contraente abbia espressamente sottoscritto le coperture complementari corrispondenti, il capitale assicurato verrà:

- raddoppiato se il decesso dell'Assicurato avvenga come conseguenza di un infortunio;
- triplicato se il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili coloro che:

- ✗ alla data di decorrenza del Contratto abbiano un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 65 anni (età assicurativa);
- ✗ negli ultimi 10 anni abbiano avuto la diagnosi di una delle seguenti malattie:
 - cancro/tumore (compresi linfomi, leucemie, mielomi);
 - malattie cardiovascolari, circolatorie e cerebrovascolari (ad es. infarto, ictus, trombosi) ad eccezione di ipertensione arteriosa;
 - malattie del fegato (ad es. epatite cronica, cirrosi epatica);
 - malattie dell'apparato urogenitale (ad es. insufficienza renale cronica, rene policistico);
 - malattie dell'apparato respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria cronica, enfisema, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva);
 - malattie del sistema nervoso centrale e/o periferico (ad es. SLA, sclerosi multipla, paralisi ecc.) e della psiche (ad es. depressione, schizofrenia);
 - malattie osteoarticolari immunitarie (ad es. artrite reumatoide, artrite psoriasica);
 - diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, talassemia, obesità;
 - sieropositività al virus HIV e patologie correlate;
 - malattie gastro intestinali (ad es. ulcera, morbo di Crohn).
- ✗ dichiarino di essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi:
 - a cure farmacologiche continuative e/o controlli periodici clinico-specialistici in relazione alle malattie elencate al punto precedente;
- ✗ a indagini diagnostiche strumentali (quali ad es. risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, radiografie, mammografie, biopsie) con esito al di fuori della norma;
- ✗ dichiarino di avere valori pressori superiori a 140 mm Hg di massima oppure superiori a 90 mm Hg di minima, anche se in terapia farmacologica;

* dichiarino di presentare postumi invalidanti causati da malattie o infortuni, di essere titolare di una pensione di invalidità/inabilità o di aver fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (ASL, INPS, INAIL).



Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- ! 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.

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 assicurata, ma restituirà i premi corrisposti al netto dei costi.

! La Società non riconosce la prestazione in caso di decesso del Contraente/Assicurato durante i periodi di Carenza.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



Dove vale la copertura?

✓ La garanzia viene prestata senza limiti territoriali



Che obblighi ho?

- La corretta assunzione del rischio da parte della Società comporta la conoscenza dello stato di salute dell'Assicurando, che effettua dichiarazioni relative al proprio stato di salute. È estremamente importante quindi che le dichiarazioni siano esatte, complete e veritiere.
- 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;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 (unico o ricorrente). 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.
- In caso di decesso dell'Assicurato la richiesta di liquidazione corredata dalla documentazione necessaria deve essere inoltrata alla Società mediante il modulo di liquidazione per sinistro da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato il Contratto *ovvero* mediante lettera contenente gli elementi identificativi del Contratto, le coordinate bancarie dove accreditare l'importo (conto corrente intestato al richiedente) e indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A.- Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



Quando e come devo pagare?

- L'importo del premio annuo è determinato in base all'età dell'Assicurato, alla durata dell'Assicurazione, all'importo assicurato e alla scelta di abbinare alla Garanzia principale una o entrambe le Garanzie complementari facoltative.
- Il premio annuo è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. Il premio può essere corrisposto in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta oppure secondo una periodicità annuale o mensile, senza l'applicazione di oneri di frazionamento. Il versamento sia del primo che dei successivi premi viene effettuato tramite procedura di addebito automatico sul conto corrente. Non è ammesso il pagamento in contanti.
- Il premio ricorrente relativo al primo anno è dovuto per intero. In caso di mancato versamento, il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società che non ha alcun obbligo in ordine alla prestazione assicurata.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- A condizione che sia stato effettuato il versamento del premio unico oppure della prima annualità o mensilità del premio ricorrente pattuito e sia stata sottoscritta la Proposta, compresa la 'Dichiarazione di buono stato di salute' dell'Assicurato, la prestazione assicurata è operante dalle ore 24 del giorno indicato in Proposta quale data di decorrenza. La data di decorrenza coincide con la data di conclusione del Contratto.
- La durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente all'interno di un intervallo temporale definito tra 5 e 10 anni, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che, alla data di scadenza, non potrà essere superiore a 70 anni (età assicurativa). La prestazione è operante per tutta la durata dell'Assicurazione intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza dell'Assicurazione stessa.
- Qualora l'Assicurando richieda di sottoporsi, a proprie spese, a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari al fine di ridurre i periodi di carenza, la copertura assicurativa opererà 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. 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.



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

- Il Contraente può revocare la Proposta, ai sensi dell'articolo 176 del Decreto Legislativo 209/2005, fino al momento della conclusione del Contratto.
- 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.
- Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi ricorrenti.
- Qualora il Contraente abbia scelto di corrispondere il premio in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione della Proposta, potrà chiedere alla Società la risoluzione del Contratto al verificarsi dei seguenti eventi: **a)** fallimento o cessazione dell'attività da parte dell'impresa Contraente; **b)** interruzione del rapporto lavorativo tra l'impresa Contraente e l'Assicurato; **c)** trasferimento all'estero dell'Assicurato che sia legato all'impresa Contraente da un rapporto di lavoro.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione dell'Assicurazione.
- In caso di sospensione dell'Assicurazione (mancato versamento dell'annualità ovvero di una sola mensilità di premio complessivamente dovuto), il Contraente ha facoltà di riattivarlo entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, 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 a fronte di apposita domanda del Contraente e previa accettazione espressa della Società. La riattivazione dell'Assicurazione ne ripristina le prestazioni assicurate 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, l'Assicurazione non può più essere riattivata.
Per le condizioni economiche si rinvia alla rubrica "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.

Assicurazione temporanea per il caso morte

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

Compagnia: CreditRas VITA S.p.A.
Prodotto: VITA PROTETTA BUSINESS

Data di realizzazione: 01/07/2020
Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo pubblicato disponibile.

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

CreditRas Vita S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00121, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimenti del 16 maggio 1996 e 10 luglio 1997, Società appartenente al Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.4259, Fax: +39 02 7216.4032, e-mail: creditrasvita@pec.allianz.it, sito Internet: www.creditrasvita.it

CreditRas Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto pariteticamente da Allianz S.p.A. ed UniCredit S.p.A. CreditRas Vita S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 613,5 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 112 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 369,5 milioni di euro.
- Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società www.creditrasvita.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 580 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 261 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.181 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.181 milioni di euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 204%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO

Le coperture complementari sono facoltative, pertanto devono essere espressamente scelte dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto; sono selezionabili sia singolarmente sia congiuntamente (i capitali assicurati non sono tra loro cumulabili).

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.

Per infortunio conseguente ad incidente stradale s'intende l'infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione – esclusi quelli ferroviari – che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato stesso lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

▪ **Decesso avvenuto durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali:**

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

▪ **Decesso avvenuto durante l'esercizio di una delle seguenti attività sportive:**

Alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza.

Attività di sub (in cui si verifichi una o più delle seguenti 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), equitazione, gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica, paracadutismo, parapendio, pugilato, sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting), volo su aeromobili/ alianti/ deltaplano.

Condizioni per le Assicurazioni senza visita medica

Nel caso in cui 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.

La Società non applicherà la limitazione sopraindicata e, pertanto, la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato, qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;

- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;

- 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.

Nel caso in cui 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 e provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi.

Condizioni per le Assicurazioni con visita medica

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia eseguito gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, e avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del Contratto, la Società non liquiderà la prestazione e provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Qui di seguito i documenti da consegnare unitamente alla richiesta di liquidazione:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- fotocopia di un valido documento di identità dei soggetti/persone aventi diritto, riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali; qualora i soggetti/persone aventi diritto 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 dell'Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società e allegato in fac-simile al presente Set Informativo oppure disponibile anche presso la Filiale del Distributore 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 il decesso avvenga a seguito di infortunio o di infortunio da incidente stradale, 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 e comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso.

La Società può riservarsi di richiedere ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo e non esaustivo: decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in Polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc...).

Le spese per l'acquisizione dei suddetti documenti resteranno a carico degli aventi diritto.

Alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato il Contratto nonché direttamente presso la Società e sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "Modulistica e Procedure" sono a disposizione indicazioni dettagliate circa la procedura per ottenere la liquidazione della prestazione assicurata oltre a idonea modulistica in fac-simile.

Nel caso in cui il Contraente sia un'impresa individuale e l'Assicurato coincida col titolare dell'impresa stessa, la Società si riserva di richiedere apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà al fine di verificare l'esistenza di un testamento, onde accertare la possibile revoca o modifica dei Beneficiari effettuata tramite disposizione testamentaria (affinché sia efficace, la clausola testamentaria deve far espresso e specifico riferimento alla polizza vita).

Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Si richiama l'attenzione dell'Investitore-Contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).

Liquidazione della prestazione

La Società, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria presso la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto o presso la propria sede. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali, calcolati a partire dal giorno in cui la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto ovvero la Società sono entrati in possesso della documentazione completa. Ogni pagamento viene disposto dalla Società mediante bonifico bancario su conto corrente intestato al richiedente.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione, nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.</p> <p>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.</p> <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.</p>
---	--



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>L'importo del premio da versare alla Società è determinato in base all'età dell'Assicurato, alla durata del contratto, all'importo assicurato e alle garanzie prestate.</p> <p>Il premio, a scelta del Contraente, può essere versato in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta oppure secondo una periodicità annuale o mensile (senza l'applicazione di interessi di frazionamento).</p> <p>La periodicità del premio annuo ricorrente (annuale o mensile) può essere modificata, mediante richiesta di variazione, che ha effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla data di richiesta stessa. Tale facoltà è esercitabile entro i quindici giorni precedenti la ricorrenza annuale del Contratto e a condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi.</p> <p>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 del pagamento dei premi.</p> <p>La prima annualità o mensilità del premio viene corrisposta dal Contraente alla Società in via anticipata al momento della sottoscrizione della Proposta.</p> <p>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. In caso di estinzione del conto corrente di addebito indicato in Proposta, il versamento del premio ricorrente 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.</p>
Rimborso	<p>La Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi versato in caso di recesso dopo la conclusione del Contratto, ovvero in caso di revoca qualora abbia eventualmente anticipato il premio stesso.</p> <p>Nei casi sopraindicati, il Contratto si estingue anticipatamente e la Società provvede a rimborsare la frazione del premio unico relativa al periodo di copertura non goduto, al netto di eventuali imposte.</p>
Sconti	Non sono previsti sconti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Qualora l'annualità di premio o anche solo una mensilità di premio ricorrente complessivamente dovuto non venga corrisposta entro i trenta giorni successivi a ciascuna scadenza di pagamento, si determina la sospensione delle prestazioni previste; durante la sospensione la garanzia prevista dal Contratto non ha efficacia e, in caso di decesso dell'Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte della Società.



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

Revoca	<p>Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - mediante richiesta di revoca da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).</p> <p>La revoca ha effetto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di consegna della richiesta alla Filiale del Distributore ovvero di spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.</p> <p>La somma eventualmente corrisposta dal Contraente alla Società, viene restituito entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.</p>
---------------	--

Recesso	<p>Dopo la conclusione del Contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, entro un termine di trenta giorni. Per l'esercizio del suddetto diritto il Contraente deve inviare una comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi del Contratto - mediante richiesta di recesso da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).</p> <p>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 della richiesta alla Filiale del Distributore ovvero di spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.</p> <p>Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio versato.</p>
Risoluzione	<p>Il Contratto si estingue esclusivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in caso di interruzione del pagamento dei premi ricorrenti, trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento del primo premio non pagato <i>ovvero</i> rata di premio non pagata senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto; • qualora il Contraente abbia scelto di corrispondere il premio in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione della Proposta, potrà chiedere alla Società la risoluzione del Contratto al verificarsi dei seguenti eventi: <ul style="list-style-type: none"> a) fallimento o cessazione dell'attività da parte dell'impresa Contraente; b) interruzione del rapporto lavorativo tra l'impresa Contraente e l'Assicurato; c) trasferimento all'estero dell'Assicurato che sia legato all'impresa Contraente da un rapporto di lavoro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto può essere stipulato soltanto da un Contraente – persona giuridica, società di persone, impresa individuale e se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 65 anni (età assicurativa).

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 (ad esempio artrite reumatoide, artrite psoriasica);
8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, talassemia, obesità;
9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate;
10. malattie gastro intestinali (ad es. ulcera, morbo di Crohn).

b) di NON essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure farmacologiche continuative e/o controlli periodici clinico specialistici in relazione alle malattie sopra elencate);

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).



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio	
Spese di emissione	Caricamento espresso in percentuale
Non previste.	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 37,00% dell'importo di ciascun premio (unico o ricorrente).

AVVERTENZA

L'Assicurando può volontariamente sottoporsi a visita medica al fine di ridurre i periodi di Carenza. 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.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita dai Distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal prodotto, è pari a: Prodotti a premio ricorrente:

- 81,90% nel caso in cui la durata contrattuale sia pari a 5 anni;
- 81,51% nel caso in cui la durata contrattuale sia pari a 10 anni.

Prodotti Contratti a premio unico:

- 81,08%, qualunque sia la durata contrattuale.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Riferimenti utili per contattare CreditRas Vita S.p.A. e richiedere informazioni sul Contratto: Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. 02.7216.4259* - Fax: 02.7216.4032 E-mail: info@creditrsvita.it - E-mail PEC: creditrsvita@pec.allianz.it * Numero di rete fissa, il costo della telefonata varia in base al proprio piano tariffario.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il contratto o il servizio assicurativo, possono essere presentati per iscritto alla Società mediante: <ul style="list-style-type: none"> ▪ posta cartacea indirizzata a: CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano ▪ e-mail: reclami@creditrsvita.it ▪ fax: 02 72162735 La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Società, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Società, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Società in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Società e dall'intermediario, e verranno separatamente risolti al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Società. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

	<p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito della Società www.creditrasvita.it) alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Risoluzione delle liti transfrontaliere Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed una Società avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede la Società di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

REGIME FISCALE	
<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>IMPOSTA SUI PREMI I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta; i premi relativi alla componente complementare infortunio e infortunio da incidente stradale sono soggetti a tassazione nella misura del 2,5%.</p> <p>DEDUCIBILITÀ FISCALE DEI PREMI Il trattamento fiscale del premio versato dal Contraente dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali tempo per tempo vigenti e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra Contraente e Assicurato.</p> <p>Il corretto inquadramento fiscale è in ogni caso demandato al Contraente ed al suo consulente fiscale.</p> <p>TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE Alla data di redazione del presente Documento, nel caso in cui il Beneficiario sia una persona fisica, le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni.</p> <p>Nel caso in cui il Beneficiario sia persona giuridica esercente attività d'impresa, le somme percepite sono assoggettate a tassazione secondo la normativa fiscale vigente in materia di reddito d'impresa; di conseguenza sarà cura del percipiente avvalersi di adeguata assistenza fiscale per gli adempimenti previsti dalla normativa e dalle disposizioni fiscali tempo per tempo vigenti.</p>

AVVERTENZE

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

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VITA PROTETTA BUSINESS

INDICE

DISCIPLINA DEL CONTRATTO.....	2
ART.1 - PRESTAZIONI.....	2
ART.2 – ESCLUSIONI	3
ART.2.1– ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO L’ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	4
ART.2.2– ATTIVITÀ SPORTIVE CHE PREVEDONO L’ESCLUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	5
ART.3 - SOGGETTO CHE PUÒ STIPULARE IL CONTRATTO (CONTRAENTE) E SOGGETTO CHE PUÒ ESSERE ASSICURATO (ASSICURATO).....	6
ART.4 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO.....	6
ART.4.1 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI FINO A 150.000 EURO.....	6
ART.4.1.1 - PERIODI DI CARENZA.....	7
ART. 4.1.2 - RIDUZIONE DEI PERIODI DI CARENZA.....	7
ART.4.2 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI SUPERIORE A 150.000 EURO.....	7
ART.5 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	9
ART.6 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO	9
ART.7 - CLAUSOLA DI RIPENSAMENTO.....	9
ART. 8 – DURATA ED ESTINZIONE DEL CONTRATTO.....	10
ART. 9 - COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO.....	10
ART. 10 - PREMIO	11
ART.11 - MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO	12
ART.12 - RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE.....	12
ART.13 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO	12
ART.14 - RISCATTO E PRESTITI	13
ART.15 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	13
ART.16 – DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI	13
ART.17 – DENUNCIA DEL SINISTRO.....	14
ART.18 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ.....	15
ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEI BENEFICIARI DESIGNATI	15
ART. 20 – NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ.....	15
ART. 21 - TASSE ED IMPOSTE	15
ART.22 - FORO COMPETENTE.....	15
ART.23 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	15

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il Contratto è disciplinato:

- dalla Proposta, dalla Polizza quale lettera di conferma della Proposta, dalle Condizioni di Assicurazione;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato nel Contratto.

ART.1 - PRESTAZIONI

VITA PROTETTA BUSINESS è un'assicurazione temporanea per il caso morte che 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)

c) Prestazione complementare per il caso di decesso dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale (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 la conclusione del Contratto è subordinata all'accettazione del rischio da parte della Società.

Sono previsti dei periodi di Carenza nei quali la Società non riconosce la prestazione in caso di decesso, salvo che lo stesso non derivi da alcune cause specifiche, come previsto dall' Art. 4.1.1 "PERIODI DI CARENZA".

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 entro dodici mesi dall'infortunio; 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.

C) Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale (Garanzia complementare facoltativa)

Per infortunio conseguente ad incidente stradale s'intende l'infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione – esclusi quelli ferroviari – che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato stesso lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

Le coperture complementari sono facoltative, pertanto devono essere espressamente scelte dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto; sono selezionabili sia singolarmente sia congiuntamente (i capitali assicurati non sono tra loro cumulabili).

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

Nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso non è prevista alcuna prestazione da parte della Società; per ulteriori dettagli si rimanda ai successivi Art.11 "MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO" e Art.12 "RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE".

La Società non riconosce, in ogni caso, le prestazioni qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta di una delle cause riportate al successivo Art. 2 - "ESCLUSIONI".

ART.2 – ESCLUSIONI

Le prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso (limitatamente alla garanzia principale), senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso intervenuti successivamente alla stipulazione del Contratto, ad esclusione dei casi sotto riportati.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- 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 un 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 (ad esempio artrite reumatoide, artrite psoriasica);
8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, talassemia, obesità;
9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate;
10. malattie gastro intestinali (ad es. ulcera, morbo di Crohn).

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.2.1 – ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

ELENCO A - 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

ART.2.2– ATTIVITÀ SPORTIVE CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

ELENCO B - 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

ART.3 - SOGGETTO CHE PUÒ STIPULARE IL CONTRATTO (CONTRAENTE) E SOGGETTO CHE PUÒ ESSERE ASSICURATO (ASSICURATO)

Il Contratto può essere stipulato soltanto da un Contraente – persona giuridica, società di persone, impresa individuale e se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 65 anni (età assicurativa). Inoltre l'età dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza non potrà essere superiore a 70 anni (età assicurativa).

La copertura assicurativa può essere attivata solo se l'Assicurato gode di un buono stato di salute come descritto negli articoli seguenti.

ART.4 - 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.

La conoscenza dello stato di salute viene acquisita dalla Società con modalità differenti, in relazione all'importo del capitale assicurato.

ART.4.1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI FINO A 150.000 EURO

Per capitali assicurati di importo fino a 150.000 euro (compresi), il prodotto consente di assicurare coloro 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 (ad esempio artrite reumatoide, artrite psoriasica);
 8. diabete che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale, talassemia, obesità;
 9. sieropositività al virus HIV e patologie correlate;
 10. malattie gastro intestinali (ad esempio ulcera, morbo di Crohn);
- b) **di NON essersi sottoposti 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 sottoposti 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 titolari 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.

ART.4.1.1 - PERIODI DI CARENZA

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 sopra indicata 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. 2 "ESCLUSIONI").

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.

ART. 4.1.2 - RIDUZIONE DEI PERIODI DI CARENZA

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 sopra riportati.

ART.4.2 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI SUPERIORE A 150.000 EURO

Per capitali assicurati di importo superiore 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 (riportati nella tabella sottostante).

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 e provvederà alla restituzione del premio eventualmente versato.

Importo del Capitale assicurato (in Euro)	Accertamenti Sanitari Necessari
oltre 150.000 sino a 250.000	<ul style="list-style-type: none"> - "Rapporto di Visita Medica" (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza, da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna) - 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).
oltre 250.000 sino a 500.000	<ul style="list-style-type: none"> - "Rapporto di Visita Medica" (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna) - 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 (applicazione 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>
oltre 500.000 sino a 750.000	<ul style="list-style-type: none"> - "Rapporto di Visita Medica" (compilato dal medico di famiglia dell'assicurando o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna) - 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, fibrinogenemia, 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>

Qualora, nell'ambito dei sopra elencati accertamenti sanitari, 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, 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.**

ART.5 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo la documentazione afferente alla polizza, il distributore UniCredit S.p.A. offre alla propria clientela il Servizio di firma elettronica avanzata per la sottoscrizione di documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) nonché il Servizio di Banca Multicanale, che consentono - rispettivamente in sede e/o fuori sede e nell'ambiente protetto del Servizio di Bancamulticanale - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

Qualora il Contraente si avvalga di uno o entrambi i Servizi di cui sopra e si sia dotato, a seguito dell'adesione agli stessi, di Certificato Qualificato di Firma Digitale, CreditRas Vita S.p.A. riconosce che, in alternativa alla firma autografa, la proposta relativa alla polizza di cui CreditRas Vita S.p.A. è emittente e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente a disposizioni successive impartite dal Contraente alla Compagnia a valere sulla polizza in essere - ove tale ulteriore documentazione sia resa disponibile in formato elettronico presso il distributore UniCredit S.p.A. - possano essere sottoscritte con Firma Digitale.

In tale ipotesi, CreditRas Vita S.p.A. riconosce l'utilizzo della modalità di sottoscrizione mediante Firma Digitale nei rapporti tra CreditRas Vita S.p.A. stessa e il Contraente, in relazione alle disposizioni impartite da quest'ultimo a valere sul prodotto di investimento assicurativo

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/Assicurato il documento di polizza.

ART.6 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO

A condizione che sia stato effettuato il versamento del premio unico oppure della prima annualità o mensilità del premio ricorrente, sia stata sottoscritta la Proposta e che l'Assicurando abbia sottoscritto la dichiarazione di buono stato di salute, la prestazione assicurata di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI" 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 - 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 - da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta, ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).

La revoca ha effetto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di:

- consegna del modulo di richiesta alla Filiale del Distributore; 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 l'eventuale somma corrisposta.

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 - da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero mediante lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 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 alla Filiale del Distributore, 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. 8 – DURATA ED ESTINZIONE DEL CONTRATTO

La durata del Contratto può essere scelta dal Contraente, compatibilmente con l'età dell'Assicurato, all'interno di un intervallo temporale definito tra 5 e 10 anni.

Il contratto si estingue nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Contratto;
- in caso di interruzione del pagamento dei premi ricorrenti, 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;
- per la versione a premio unico (tariffa T4XCXU6), al verificarsi degli eventi previsti nel successivo Art.12 "RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO";
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata del Contratto;
- alla data di scadenza del Contratto.

ART. 9 - COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

Entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, la Società si impegna ad inviare al Contraente l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, con l'indicazione dell'ammontare del capitale assicurato.

Area Riservata – Informazioni relative al rapporto contrattuale

La Società mette a disposizione, all'interno del proprio Sito Internet www.creditrasvita.it un'apposita Area Riservata, dedicata ai clienti della Compagnia, in cui poter consultare e tenere monitorate le informazioni relative al proprio Contratto, le coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato del pagamento dei premi. Per accedere occorre che il Contraente selezioni l'apposito link presente nella home page del Sito, proceda alla registrazione ed alla conservazione delle credenziali identificative rilasciate.

L'Area Riservata può essere utilizzata anche per effettuare operazioni dispositive, quali la denuncia di sinistro e la richiesta di variazione dell'indirizzo.

L'operatività dispositiva è consentita solo previa identificazione attraverso apposita procedura attivabile direttamente all'interno dell'Area Riservata.

ART. 10 - PREMIO

Le prestazioni del prodotto vengono garantite previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di:

- un premio ricorrente (tariffa T4XCX6), di importo costante da corrispondersi in via anticipata alle ricorrenze stabilite; oppure
- un premio unico (tariffa T4XCXU6), da corrispondersi in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta.

Le predette modalità di versamento del premio sono alternative.

L'importo del premio è determinato in base:

- all'età di ingresso dell'Assicurato
- alla durata del Contratto
- al capitale assicurato
- alla scelta di abbinare alla Garanzia principale una o entrambe le Garanzie complementari facoltative.

Il Contraente può corrispondere il premio ricorrente secondo una periodicità annuale o mensile senza l'applicazione di alcun onere di frazionamento.

Qui di seguito una tabella esemplificativa sia di premio annuo costante sia di premio unico per una polizza di durata 5 o 10 anni. Tale rappresentazione intende fornire l'indicazione di premio per una persona di età pari a 40 anni, indipendentemente dal sesso. Gli importi si basano su un capitale assicurato pari a 100.000,00 euro.

Il premio mensile è pari a un dodicesimo del premio annuale.

Elementi di personalizzazione diversi da quelli utilizzati per la tabella (quali ad esempio età e capitale assicurato) possono determinare variazioni anche significative del premio.

Durata	Frazionamento del premio	Premio annuo costante per 100.000€ di capitale	Premio annuo costante per 100.000€ di capitale con raddoppio garanzia per decesso per infortunio	Premio annuo costante per 100.000€ di capitale con triplicazione garanzia per decesso dovuto ad incidente stradale	Premio unico per 100.000€ di capitale con entrambe le garanzie
5	Annuo	197,00 euro	261,00 euro	277,00 euro	308,00 euro
10	Annuo	249,00 euro	313,00 euro	329,00 euro	360,00 euro
5	Unico	955,00 euro	1.267,90 euro	1.346,20 euro	1.497,70 euro
10	Unico	2.329,00 euro	2.943,40 euro	3.097,00 euro	3.394,60 euro

La prima annualità o mensilità di premio, secondo la periodicità di versamento 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 (principale e complementari facoltative) prescelte in fase di sottoscrizione; ne consegue che l'importo del premio ricorrente non può essere modificato nel corso della durata del pagamento dei 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/Assicurato.

Se frazionato in più rate, il premio relativo alla prima annualità deve essere regolarmente versato alle ricorrenze previste. 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".

ART.11 - 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". Ciò significa che in caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di sospensione **nessuna è dovuta da parte della Società e la copertura assicurativa riprenderà ad essere attiva a partire dalla data di ripresa del versamento dei premi.**

Durante i trenta giorni successivi alla scadenza del premio, il pagamento della rata non comporta l'applicazione di oneri di interessi e, in caso di decesso dell'Assicurato, viene riconosciuta la prestazione prevista dal prodotto, sempreché la rata venga versata entro i termini previsti.

ART.12 - RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente ha facoltà di riattivare il Contratto, riprendendo il versamento del premio, previa corresponsione di tutti i premi arretrati **augmentati 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", 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, senza che vi sia stata riattivazione, il Contratto è definitivamente risolto e nessuna è dovuta da parte della Società.

ART.13 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO

Qualora il Contraente abbia scelto di corrispondere il premio in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione della Proposta, **potrà chiedere alla Società la risoluzione del Contratto al verificarsi dei seguenti eventi:**

- a) fallimento o cessazione dell'attività da parte dell'impresa Contraente;
- b) interruzione del rapporto lavorativo tra l'impresa Contraente e l'Assicurato;
- c) trasferimento all'estero dell'Assicurato che sia legato all'impresa Contraente da un rapporto di lavoro.

Le circostanze sopra menzionate dovranno essere comprovate da idonea documentazione che ne certifichi la veridicità e l'epoca di accadimento.

Il Contraente potrà presentare domanda di rimborso, in forma libera, unitamente ai documenti necessari alla liquidazione (l'elenco è allegato alle presenti condizioni oppure reperibile sul sito internet della Società: www.creditrasvita.it/creditrasvita/modulistica-procedure); **in alternativa potrà richiedere l'apposita modulistica alla Filiale del Distributore** che ha in gestione il Contratto nonché direttamente presso la Società.

La Società, in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie, può riservarsi di richiedere ulteriore documentazione.

Nei casi sopraindicati, il Contratto si estingue anticipatamente e la Società provvede a rimborsare la frazione del premio unico relativa al periodo di copertura non goduto, al netto di eventuali imposte.

ART.14 - RISCATTO E PRESTITI

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

ART.15 - 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 del Distributore, come previsto dall'art.55 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 salvo successive modifiche e/o integrazioni.

ART.16 – DESIGNAZIONE DEI 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 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, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento a favore di determinati soggetti.

Non è consentito designare quale beneficiario della prestazione assicurativa il Distributore come dall'art.55 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 salvo successive modifiche e/o integrazioni.

ART.17 – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di decesso dell'Assicurato, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere inoltrata alla Società, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato il Contratto.

Alla Filiale del Distributore che ha in gestione il Contratto nonché direttamente sul sito internet della Società (www.creditrasvita.it nella sezione "*Modulistica e Procedure*") è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto per richiedere la liquidazione. È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della prestazione in forma libera, purché siano riportate le coordinate bancarie per l'accredito, attraverso bonifico, dell'importo dovuto dalla Società.

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 soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;**
- **qualora i soggetti/persone aventi diritto 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 dell'Assicurato.** Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società sul sito internet www.creditrasvita.it nella sezione "*Modulistica e Procedure*" e allegato in fac-simile al presente Set Informativo, riportando nel dettaglio le informazioni cliniche richieste. Il modulo per la redazione della relazione sanitaria è disponibile anche presso la Filiale del Distributore 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 o di infortunio da incidente stradale, 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 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....)

In particolare, nel caso in cui il Contraente sia un'impresa individuale e l'Assicurato coincida col titolare dell'impresa stessa, la Società si riserva di richiedere apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà al fine di verificare l'esistenza di un testamento, onde accertare la possibile revoca o modifica dei Beneficiari effettuata tramite disposizione testamentaria (affinché sia efficace, la clausola testamentaria deve far espresso e specifico riferimento alla polizza vita).

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 150,00 euro, dietro presentazione di idonea attestazione comprovante l'esborso sostenuto.

ART.18 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa necessaria per dare corso alla liquidazione (documentazione suindicata ed eventuale documentazione richiesta da casi e circostanze particolari) presso la Filiale del Distributore 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 la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto ovvero la Società sono entrati in possesso della documentazione completa.

Ogni pagamento viene disposto dalla Società mediante bonifico bancario su conto corrente intestato al richiedente.

ART. 19 - 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. 20 – 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. 21 - 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.22 - FORO COMPETENTE

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

ART.23 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto stipulato con CreditRas Vita S.p.A. si applica la legge italiana.

Data ultimo aggiornamento: 01.07.2020

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine si precisa che il Titolare debba acquisire (o già detenga) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati).

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è CreditRas Vita S.p.A., con sede a Milano in Piazza Tre Torri, 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo CreditRas Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@creditrsvita.it, ove è disponibile anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di persone autorizzate al trattamento di dati personali.

Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: dpo.creditrsvita@creditrsvita.it.

2. Categorie di dati raccolti

CreditRas Vita S.p.A. deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) raccolti per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e **per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli Interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscano al Titolare informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da CreditRas Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, nonché da terzi, a cui essi verranno comunicati al fine di consentire al Titolare stesso – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa (come nel caso di perizie

- mediche per la sottoscrizione di polizze vita o la liquidazione di sinistri) e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati, anche eventualmente comunicati a CreditRas Vita S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo, nonché alla normativa e agli adempimenti dettati dalle autorità di vigilanza, giudiziarie, ecc..
- essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC [2002] 9, che prevede che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative). I dati degli interessati (dati personali, anche sensibili e giudiziari) saranno trattati e potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che CreditRas Vita S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui CreditRas Vita S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

CreditRas Vita S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi il Titolare ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati personali è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di rifiuto**, CreditRas Vita S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati da forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. Il Titolare utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE.

Gli Interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3. (Finalità del trattamento), i dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi e associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, SGR.

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di fiducia che svolgano, per conto di CreditRas Vita S.p.A., compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Vita S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di persone autorizzate al trattamento di dati personali, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, della catena distributiva (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto del Titolare quali legali, periti e medici, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), società di servizi postali indicate nel plico postale, 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.

I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

Si informa, inoltre, che i dati personali degli Interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Gli Interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potranno essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraleuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, CreditRas Vita S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali.

Nel caso l'Interessato voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione potrà indirizzare richiesta a: CreditRas Vita S.p.A. - mail: privacy@creditrsvita.it.

In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Vita S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinino il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea.

CreditRas Vita S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni Interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni Interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'Interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'Interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano.

L'Interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei titolari del trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Vita S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze, per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;

6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della normativa di riferimento;
9. adire la funzione privacy di CreditRas Vita S.p.A., ovvero il Garante della privacy.

7.a Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli Interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a CreditRas Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 02.72164259 – e-mail privacy@creditrsvita.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'Interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Vita S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'Interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

Data ultimo aggiornamento: 01.01.2019

GLOSSARIO

Appendice di variazione – Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso in seguito a modifiche del Contratto (cessione, pegno e vincolo).

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

Beneficiario – Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che per questo prodotto 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.

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

Contraente - Il soggetto, persona giuridica, società di persone o impresa individuale (che può coincidere o meno 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.

Costi (o spese) – Oneri a carico del Contraente che gravano direttamente e indirettamente sul Contratto.

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

Distributore – Il distributore di questo prodotto è UniCredit S.p.A., intermediario assicurativo iscritto nella Sezione D del Registro degli Intermediari. L'attività di distribuzione è svolta tramite gli addetti che operano all'interno dei locali dell'intermediario, tramite gli addetti all'attività di distribuzione assicurativa operanti al di fuori dei locali dell'intermediario e iscritti nella sezione E del suddetto Registro, nonché a distanza per il tramite del Servizio di Banca Multicanale via Internet.

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

Estratto conto annuale – Comunicazione annuale con la quale la Compagnia fornisce un aggiornamento della posizione assicurativa.

Età assicurativa dell'Assicurato – Età dell'Assicurato espressa in anni interi, determinata arrotondando per eccesso le frazioni d'anno superiori a sei mesi e per difetto le frazioni d'anno inferiori e uguali a sei mesi.

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

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Polizza – Documento che costituisce la lettera di conferma della Proposta.

Premio –Importo che il Contraente/Assicurato corrisponde alla Società a fronte delle prestazioni previste dal Contratto.

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, per richiedere alla Società la stipula del contratto vita.

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.

Sinistro – Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

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

Data ultimo aggiornamento: 01.07.2020

SOTTOSCRIZIONE CONTRATTO VITA PROTETTA BUSINESS - CODICE TARIFFA T4XCX6 oppure T4XCXU6- N°PROPOSTA:

CONTRAENTE

Ragione sociale Partita IVA
Indirizzo

Dati del legale rappresentante:

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:

Cognome/Ragione sociale*	Nome*	Data di nascita*	Sesso	Codice fiscale/P.IVA
Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico	Città*	CAP*		

Numero di Telefono E-mail
*dati da inserire obbligatoriamente

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto alla Società, ai sensi degli art. 1920 e 1921 cod.civ.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali, prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), ai soggetti a cui si riferiscono i dati comunicati a CreditRas Vita S.p.A.; l'informativa può essere reperita sul sito internet della Società.

Luogo e data _____ Il Contraente _____

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

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

Durata: anni

Periodicità del premio: [*unico/mensile / annuale*]

Capitale assicurato in caso di decesso: Euro

[*Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio: Euro*]

[*Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio da incidente stradale: Euro*]

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

[*di cui Euro relativo alla garanzia complementare infortunio*]

[*di cui Euro relativo alla garanzia complementare infortunio da incidente stradale*]

[*di cui Euro relativo alle garanzie complementari infortunio e infortunio da incidente stradale*]

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

[*di cui Euro relativo alla garanzia complementare infortunio*]

[*di cui Euro relativo alla garanzia complementare infortunio da incidente stradale*]

[*di cui Euro relativo alle garanzie complementari infortunio e infortunio da incidente stradale*]

[*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 di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta, il Set Informativo (mod. UCB195 ed. 07/2020) composto da: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita), le Condizioni di Assicurazione (comprehensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza), il Glossario e la Proposta in versione fac-simile e di aver avuto un tempo sufficiente per prenderne visione e comprenderne i contenuti prima della sottoscrizione.

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 Set 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.7 "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 la conclusione del contratto 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:

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

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

- 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;
- 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 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. 5 "Conclusione del Contratto", nel momento in cui, effettuato l'addebito del premio unico oppure della prima annualità o mensilità di premio ricorrente, 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 seguito della conclusione del contratto, la Società, anche ad ulteriore conferma dell'iniziata esecuzione, invia la polizza al Contraente. La data di decorrenza coincide con la data di conclusione del Contratto.*

Il Contraente 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 premio previsto, quest'ultimo 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 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 del Distributore **prima della sottoscrizione della proposta:**

- le informazioni sugli obblighi di comportamento cui i Distributori sono tenuti nei confronti dei Contraenti, mediante comunicazione affissa nei locali del Distributore o consegnata al Contraente ai sensi dell'art.56, comma 1 e 2 del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018;
- il documento contenente - ai sensi dell'art.56 comma 3, lett. a) del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 - i dati essenziali dei Distributori e della loro attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (mod. BU3163, predisposto dal Distributore).

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato _____

Il Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.2 delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni della copertura assicurativa che l'Art.4 relativo alla disciplina dei periodi di carenza.

Luogo e data

Il Contraente _____

Aderendo al servizio di trasmissione delle comunicazioni via e-mail il Contraente dichiara di:

- a) voler ricevere le comunicazioni periodiche previste dalla normativa vigente e dal contratto esclusivamente all'indirizzo e-mail ___;
- b) rinunciare, contestualmente, alla ricezione delle suddette comunicazioni via posta ordinaria in formato cartaceo.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che:

c) sarà suo onere comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni o sostituzioni dell'indirizzo di posta elettronica sopra indicato; la Società è esonerata per eventuali conseguenze pregiudizievoli derivanti dal mancato recapito della e-mail dovuto ad una errata o tardiva comunicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del Contraente o da malfunzionamento dei sistemi di posta elettronica del Contraente stesso;

d) avrà diritto, in ogni momento, di attivare la modalità di ricezione delle comunicazioni via posta ordinaria in formato cartaceo, rinunciando al servizio di posta elettronica;

e) qualora l'indirizzo di posta elettronica del Contraente fosse danneggiato o dovesse risultare non più attivo e tale malfunzionamento fosse rilevato dai sistemi informatici della Società, il Contraente riceverà la documentazione in formato cartaceo all'indirizzo di posta ordinaria _____;

f) l'indirizzo di posta elettronica del mittente (Società) non potrà essere utilizzato dal Cliente per la richiesta di informazioni.

Luogo e data

Il Contraente _____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE E DELL'ADEGUATEZZA

Luogo e data

Il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

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

Luogo e data

Il Contraente/Assicurato _____

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 dell'attività professionale svolta, 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 in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Set 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

Firma _____

Data ultimo aggiornamento: 01.07.2020

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

fac-simile

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'ASSICURATO ¹

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:

fac-simile

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

IL MEDICO CURANTE

Luogo Data..... Firma

Risoluzione anticipata Vita Protetta Business a premio unico

Come procedere per richiedere la Chiusura anticipata del Contratto (per versione a premio unico)

Per ottenere il rimborso del premio relativo al periodo di copertura non goduto, nel caso in cui si verifichi uno degli eventi per i quali il Contratto si estingue, è necessario che il Contraente presenti alla Società la documentazione descritta nella presente sezione.

In particolare, il Contratto può essere estinto anticipatamente nei seguenti casi (previa presentazione di idonea documentazione comprovante l'evento):

- fallimento /cessazione attività dell'impresa Contraente
- interruzione del rapporto di lavoro tra impresa Contraente e Assicurato
- trasferimento all'estero dell'Assicurato

In tali casi, il Contratto si estingue e viene rimborsata la frazione di premio non goduto (al netto di eventuali imposte) al Contraente.

Si segnala che presso l'Intermediario è possibile ricevere assistenza nella presentazione della richiesta di rimborso. In tal caso l'inoltro della documentazione alla Società sarà effettuato direttamente dall'Intermediario.

AVVERTENZA: le richieste di rimborso incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA RISOLUZIONE ANTICIPATA VITA PROTETTA BUSINESS A PREMIO UNICO

1. **Richiesta scritta di rimborso della frazione di premio non goduta**
Può essere redatta in forma libera e deve essere sottoscritta dall'avente diritto.
Al solo fine di semplificare l'acquisizione di tutti i dati necessari al rimborso, è disponibile il relativo modulo (pdf) sul sito internet della Società (www.creditrasvita.it/creditrasvita/modulistica-procedure). La richiesta di rimborso dovrà pervenire in originale, debitamente compilata e sottoscritta.
Anche presso l'Intermediario è disponibile idonea modulistica.
2. Copia fronte/retro di valido **documento d'identità** con firma visibile **del legale rappresentante del contraente**, che sottoscrive la richiesta, e copia del suo **codice fiscale**;

Inoltre per tipologia di casistiche:

- a) Fallimento o cessazione attività dell'impresa Contraente:
 - Copia della sentenza di fallimento
 - Copia dell'atto di nomina del curatore
 - Copia fronte/retro di un valido documento d'identità e copia del tesserino del codice fiscale del curatore
 - Comunicazione Unica (ComUnica) presso il registro delle Imprese (per cessazione)
- b) Interruzione del rapporto di lavoro tra impresa Contraente e l'Assicurato:
 - Prospetto di liquidazione del TFR
 - Lettera di dimissioni/ di licenziamento
 - Visura camerale storica aggiornata
- c) Trasferimento all'estero dell'Assicurato (legato all'impresa Contraente da un rapporto di lavoro)
-trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori del territorio nazionale-
 - Iscrizione all'AIRE
 - Iscrizione alla LIE (se in paesi extracomunitari)
 - Lettera con cui l'impresa Contraente comunica all'Assicurato il trasferimento all'estero
 - Visura camerale storica aggiornata

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 del rimborso del premio.