

CreditRas

VITA SPA

Società del Gruppo RAS

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI PER ASSICURATI FUMATORI E NON FUMATORI

UNIRISK

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- Proposta

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

Nota informativa UNIRISK

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

Tale nota ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere, in modo corretto e completo, le caratteristiche del Contratto UNIRISK - forma assicurativa temporanea in caso di morte a capitale e a premio annuo costanti - che fa parte della più generale categoria delle Assicurazioni sulla vita.

La presente Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione
- B. Informazioni sulla prestazione assicurativa e sulle garanzie offerte
- C. Informazioni su regime fiscale
- D. Altre informazioni sul Contratto

In ogni caso il Contraente può ottenere dal proprio Intermediario assicurativo di fiducia (di seguito Promotore) qualsiasi ulteriore precisazione su UNIRISK prima di sottoscrivere la relativa Proposta.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

L'Impresa di Assicurazione è:

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

Recapito telefonico: 02.72161

Sito internet: www.creditrasvita.it

Indirizzo e-mail: info@creditrasvita.it

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

Alla data di redazione della presente Nota Informativa la società di revisione è:
KPMG S.p.A. - Via Vittor Pisani, 25 - 20124 Milano.

2. Conflitto di Interessi

RAS S.p.A. ed UniCredit Banca S.p.A. intrattengono rapporti di affari, che tra l'altro si sono concretizzati nella costituzione di CREDITRAS VITA, di cui detengono l'intero capitale sociale, per l'offerta di prodotti assicurativi sulla vita; il presente Contratto è distribuito dai promotori di UniCredit Xelion Banca S.p.A., Società del Gruppo UniCredito Italiano.

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

B. INFORMAZIONI SULLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA E SULLE GARANZIE OFFERTE

PREMESSA

Il Contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe studiate appositamente per soggetti non-fumatori e fumatori. La Società applica la tariffa T4NcE qualora l'Assicurato risulti non-fumatore: si definisce non-fumatore il soggetto che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o ha smesso di fumare da almeno un anno.

Diversamente, qualora l'Assicurato risulti fumatore, viene applicata la tariffa T4FcE.

3. Prestazione Assicurativa e Garanzie offerte

3.1 Prestazione assicurativa

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

Detta prestazione viene liquidata in unica soluzione ed è pari al capitale assicurato indicato in polizza.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, nessuna prestazione deve essere corrisposta dalla Società.

La prestazione offerta dalla Società è garantita a condizione che il Contraente abbia provveduto al versamento del premio pattuito, che costituisce il corrispettivo delle prestazioni stesse.

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

3.2 Durata

Per durata del Contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza durante il quale è operante la prestazione assicurata.

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

La durata di UNIRSK può essere fissata da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.

3.3 Accertamenti sanitari

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

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

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

3.4 Carenza

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

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempre che la Società non ritenga indispensabile che egli si sottoponga agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di sei mesi durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita - in caso di decesso dell'Assicurato - a restituire il premio o le rate di premio versate.

Solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta di infortunio o di malattie infettive acute (espressamente indicate nelle successive Condizioni Particolari) la Società corrisponde integralmente la prestazione assicurata.

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

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

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

3.5 Esclusioni

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

- dolo del Contraente o dei Beneficiari designati;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avvenuto nei primi 24 mesi dalla data di decorrenza o, trascorso detto periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto.

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

3.6 Dichiarazioni dell'Assicurato

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

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato alla Società siano complete e veritiere.

3.7 Assicurato non fumatore

Ai fini della applicazione della tariffa T4NcE per non-fumatori è necessario che lo stato di non-fumatore dell'Assicurato venga attestato mediante apposita dichiarazione sottoscritta in Proposta dall'Assicurato stesso e dal Contraente, qualora sia persona diversa.

In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di non-fumatore dell'Assicurato, la Società procederà, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, ad una riduzione del capitale assicurato in proporzione della differenza fra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non-fumatore dell'Assicurato.

Parimenti, la Società procederà alla rideterminazione del premio pattuito qualora, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato, dichiaratosi non-fumatore, modifichi il proprio stato di non-fumatore, iniziando o riprendendo a fumare.

4. Premio annuo costante

4.1 Determinazione del premio

A fronte della prestazione prevista dal Contratto l'importo del premio annuo da versare alla Società - e che rimane costante per tutta la durata contrattuale - dipende da una serie di elementi, quali: il capitale assicurato, la durata del Contratto, l'età ed il sesso dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute, le sue abitudini di vita, la professione e le eventuali attività sportive praticate.

Il premio può, a scelta del Contraente, essere versato secondo una periodicità annuale, semestrale o trimestrale.

Il premio annuo anticipato di importo costante è dovuto per tutta la durata del Contratto e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

L'importo del premio non può risultare inferiore a Euro 100 nel caso di scelta di periodicità di versamento annuale ovvero a Euro 25 se la periodicità prescelta è trimestrale o semestrale. In questi ultimi casi è dovuto il pagamento di un interesse di frazionamento pari rispettivamente al 2% nel caso semestrale e 3% nel caso trimestrale.

4.2 Modalità di versamento del premio annuo costante

Il premio deve essere versato dal Contraente alla Società in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta e, per tutta la durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annuale, semestrale o trimestrale della data di decorrenza, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato secondo le modalità indicate sulla Proposta.

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

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

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

4.3 Tabelle illustrative dei premi

Nelle seguenti tabelle sono riportate alcune esemplificazioni degli importi di premio richiesti per la copertura caso morte, in base a determinate combinazioni di età dell'Assicurato, durata e capitale assicurato prescelto.

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

Si specifica che - poiché il Contratto prevede due tariffe differenziate sia in funzione del sesso dell'Assicurato che dello specifico fattore di rischio collegato allo stato di fumatore o non fumatore dello stesso - le tabelle sottostanti sono state elaborate tenendo conto dei predetti fattori discriminanti. Al contrario, non si considerano le valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione e allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che egli abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sullo stato di salute e sulle attività professionali e sportive svolte dallo stesso (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Importi di premio

Capitale Assicurato: € 50.000

Sesso: femmina

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	---	---
35	---	102,00
40	100,00	108,00
45	118,00	144,50
50	177,00	223,00

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	114,00	125,00
35	138,50	139,00
40	139,50	150,00
45	162,50	198,00
50	241,50	307,00

Capitale Assicurato: € 100.000

Sesso: femmina

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	167,00	175,00
35	178,00	183,00
40	179,00	195,00
45	215,00	268,00
50	333,00	425,00

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	1.207,00	229,00
35	256,00	257,00
40	258,00	279,00
45	304,00	375,00
50	462,00	593,00

Capitale Assicurato: € 200.000

Sesso: femmina

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	313,00	329,00
35	335,00	345,00
40	337,00	369,00
45	409,00	515,00
50	645,00	829,00

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	393,00	437,00
35	491,00	493,00
40	495,00	537,00
45	587,00	729,00
50	903,00	1.165,00

Capitale Assicurato: € 50.000

Sesso: maschio

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	----	102,00
35	100,50	112,00
40	126,00	157,00
45	195,00	245,50
50	308,00	407,50

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	139,50	142,00
35	143,50	162,50
40	186,00	234,50
45	295,00	371,50
50	467,50	610,50

Capitale Assicurato: € 100.000

Sesso: maschio

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	178,00	183,00
35	180,00	203,00
40	231,00	293,00
45	369,00	470,00
50	595,00	794,00

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	1.258,00	263,00
35	266,00	304,00
40	351,00	448,00
45	569,00	722,00
50	914,00	1.200,00

Capitale Assicurato: € 200.000

Sesso: maschio

Fattore di rischio: Non fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	335,00	345,00
35	339,00	385,00
40	441,00	565,00
45	717,00	919,00
50	1.169,00	1.567,00

Fattore di rischio: Fumatore		
Età	Durata (anni)	
	5	10
30	495,00	505,00
35	511,00	587,00
40	681,00	875,00
45	1.117,00	1.423,00
50	1.807,00	2.379,00

C. INFORMAZIONI SU REGIME FISCALE

5. Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

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

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

In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo della copertura “rischio” risulta inferiore ai premi versati.

Tassazione delle somme assicurate

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del Contratto

6.1. Conclusione del Contratto

A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta - unitamente all'Assicurato, se persona diversa - e versato il primo premio annuale ovvero la prima rata del premio semestrale o trimestrale, il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente riceve dalla Società il documento di polizza.

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

6.2. Decorrenza del Contratto

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

La data di decorrenza è scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta.

6.3. Sfera di applicazione

Il presente Contratto può essere stipulato se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni e superiore a 74 anni. Ad ogni modo l'età massima dell'Assicurato prevista alla scadenza del pagamento del premio non deve essere superiore a 75 anni.

6.4 Mancato versamento del premio

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

6.5 Riattivazione

Il Contratto può tuttavia essere riattivato nel termine di sei mesi dalla scadenza di pagamento della prima annualità o rata di premio non versata, mediante il versamento degli importi arretrati, aumentati degli

interessi previsti dall'Art. 9 "Ripresa del versamento del premio: Riattivazione" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

7. Modalità di scioglimento del Contratto

Il Contratto si scioglie al verificarsi dei seguenti eventi:

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

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

8. 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.

9. 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.

10. Revoca della Proposta

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

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - mediante lettera raccomandata, con ricevuta di ritorno, indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

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

11. Diritto di recesso

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

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare una comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi del Contratto - mediante lettera raccomandata, con ricevuta di ritorno, indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi versato, al netto dell'importo di Euro 50, trattenuto a titolo di spese per l'emissione del Contratto.

12. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione della prestazione

12.1. Pagamenti della Società

La Società provvede alla liquidazione della prestazione - verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento - entro trenta giorni dalla data di ricevimento, da parte del Promotore o presso la propria sede, della documentazione necessaria, quale prevista all'Art.12 "Pagamenti della Società" delle Condizioni di Assicurazione.

Le richieste di liquidazione dovranno pervenire alla Società mediante:

- modulo di richiesta di liquidazione da consegnare al Promotore che ha in carico il Contratto
ovvero
- lettera raccomandata, con ricevuta di ritorno, indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia), contenente gli elementi identificativi del Contratto.

12.2. Prescrizione

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal verificarsi dell'evento su cui i diritti stessi si fondano.

13. Legge applicabile al Contratto

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

14. Lingua in cui è redatto il Contratto

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

15. Reclami

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

CREDITRAS VITA S.p.A.

Servizio Clienti

Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)

tel. 02.72161 - fax. 02.72162735

indirizzo e.mail: info@creditrasvita.it .

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

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21, 00187 Roma (Italia)

Tel. 06.42133.1

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

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

16. Informativa in corso di Contratto

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

17. Comunicazioni del Contraente alla Società

Le comunicazioni del Contraente possono essere fatte pervenire oltre che direttamente alla Società, mediante lettera indirizzata a CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia), anche al Promotore che ha in carico il Contratto.

La Società si impegna ad inviare risposte ad eventuali richieste del Contraente in merito al Contratto entro e non oltre 10 giorni dal ricevimento delle stesse.

* * *

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

Il rappresentante legale
Camillo Candia



Condizioni di Assicurazione UNIRISK

Disciplina del Contratto

Il presente Contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione, dalle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori (relative alla sola tariffa T4NcE), dalle Condizioni Particolari (se richiamate in polizza), dalla polizza e dalle eventuali appendici alle Condizioni di Assicurazioni firmate dalla Società;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato.

Art. 1 - Prestazione del Contratto

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

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

La durata del Contratto scelta dal Contraente può essere fissata da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.

Il presente Contratto può essere stipulato soltanto se l'Assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni e superiore a 74 anni, in ogni caso l'età massima dell'Assicurato prevista alla scadenza del pagamento dei premi non deve essere superiore a 75 anni.

Art. 2 - Premio

La prestazione di cui all'Art. 1 "Prestazione del Contratto" viene garantita previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di premi di importo costante da corrispondersi in via anticipata: la prima annualità o rata di premio, secondo la periodicità di premio prescelta, viene corrisposta al momento dell'accettazione del rischio da parte della Società - mentre le successive annualità o rate 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, semestrale o trimestrale della data di decorrenza, a seconda che la periodicità di versamento prescelta sia rispettivamente annuale, semestrale o trimestrale.

In caso di scelta di periodicità semestrale è previsto un interesse di frazionamento del 2%, mentre nel caso di periodicità trimestrale l'interesse è pari al 3%.

L'importo del premio non può risultare inferiore a Euro 100 annui o ad Euro 25 mensili, in base alla periodicità di versamento prescelta.

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

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

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

Art. 3 - Conclusione del Contratto

A condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta - unitamente all'Assicurato se persona diversa dal Contraente - e provveduto al versamento della prima annualità o rata di premio, il Contratto si intende concluso al momento in cui lo stesso Contraente riceve dalla Società la polizza.

Art. 4 - Clausola di ripensamento

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

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata, a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

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

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

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: CREDITRAS VITA S.p.A. - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, 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 versato al netto dell'importo di Euro 50 trattenuto a titolo di spese per l'emissione del Contratto.

Art. 5 - Entrata in vigore del Contratto

A condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità o della prima rata di premio, in caso di frazionamento del premio annuo, la prestazione assicurata di cui all'Art.1 "Prestazione del Contratto" è operante dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza.

Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, della prestazione di cui all'Art.1 "Prestazione del Contratto".

Art. 7 - Esclusioni

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia assicurativa può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi 24 mesi dalla decorrenza del Contratto o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto.

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

Art. 8 - Mancato versamento del premio

Il mancato versamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della prestazione di cui all'Art.1 "Prestazione del Contratto".

Trascorsi 24 mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il Contratto è risolto.

In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.

Art. 9 - Ripresa del versamento del premio: riattivazione

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

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

La riattivazione del Contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina la prestazione assicurata di cui all'Art.1 "Prestazione del Contratto", con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contratto non può più essere riattivato.

Art. 10 - Cessione, pegno e vincolo

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

Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione su apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del Contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di recesso richiedono l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art. 11 - Beneficiari

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

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

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

Nei primi due casi le operazioni di pegno o vincolo del Contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Società o disposte per testamento.

Art. 12 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa - a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - o al Promotore, unitamente alla richiesta scritta di liquidazione della prestazione, i documenti di seguito indicati:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) redatto dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale, previo giuramento di due testimoni, sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; in caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di

agire; per capitali non superiori a Euro 10.000 potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- fotocopia di un valido documento di identità dei Beneficiari, nonché dei loro codici fiscali;
- qualora i Beneficiari 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.

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

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

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione suindicata da parte del Promotore o presso la propria sede.

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

Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui il Promotore ovvero la Società è entrata in possesso della documentazione completa.

Ogni pagamento viene effettuato presso la sede della Società.

Art. 13 - Tasse ed imposte

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

Art. 14 - Foro Competente

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

Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori (valide per la sola tariffa T4NcE)

Art. 1 - Definizione di non-fumatore

Ai fini dell'applicazione delle Condizioni Speciali per non-fumatori, si intende per non-fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o che abbia smesso di fumare da almeno un anno.

Art. 2 - Dichiarazione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato

Lo stato di non-fumatore dell'Assicurato deve essere dichiarato prima della conclusione del Contratto ed è attestato mediante apposita dichiarazione, riportata sulla Proposta, sottoscritta sia dal Contraente che dall'Assicurato, se persona diversa.

Art. 3 - Determinazione del premio

Avendo il Contraente dichiarato - unitamente all'Assicurato, se persona diversa - che quest'ultimo è non-fumatore, ai sensi dei precedenti Artt.1 "Definizione di non-fumatore" e 2 "Dichiarazione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato", la Società determina il premio dovuto dal Contraente, applicando la tariffa speciale per non-fumatori.

Art. 4 - Inesatta dichiarazione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato

In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di non-fumatore dell'Assicurato, la Società, a parziale deroga dell'Art.6 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione, applicherà l'articolo 1893 del Codice Civile, procedendo, al verificarsi del decesso dell'Assicurato, ad una riduzione del capitale assicurato in proporzione della differenza fra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non-fumatore dell'Assicurato.

Art. 5 - Modifica dello stato di non-fumatore dell'Assicurato

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi non-fumatore, ai sensi dei precedenti Artt.1 "Definizione di non-fumatore" e 2 "Dichiarazione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato", modifichi il proprio stato di non-fumatore, iniziando o riprendendo a fumare (sigarette, sigari, pipa o altro), il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, se persona diversa, ad informarne immediatamente la Società mediante comunicazione scritta.

La Società si riserva di rideterminare il premio pattuito.

Il nuovo premio determinato dalla Società è dovuto a partire dalla ricorrenza annuale del Contratto successiva al ricevimento della comunicazione di modifica dello stato di non-fumatore dell'Assicurato.

In caso di mancata comunicazione della modifica dello stato di non-fumatore dell'Assicurato, la Società, a parziale deroga dell'Art.6 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione, applicherà, al verificarsi del decesso dell'Assicurato, una riduzione del capitale assicurato nella misura stabilita dal precedente Art.4 "Inesatta dichiarazione dello stato di non-fumatore dell'Assicurato".

Condizioni Particolari (valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Condizioni per le assicurazioni senza visita medica

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto e quest'ultimo sia in regola con il versamento del premio, la Società si impegna a corrispondere - in luogo del capitale assicurato indicato in polizza - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori.

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
- c) di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso - avvenuto dopo la data di decorrenza (fermo quanto disposto dall'Art.7 "Esclusioni" delle Condizioni Contrattuali).

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

Condizioni per le assicurazioni con visita medica

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

Profilo delle professioni e delle attività sportive svolte dall'Assicurato

Elenco delle attività professionali che prevedono un sovrappremio

Attività
<ul style="list-style-type: none">• acrobata/trapezista• addetto/operaio di centrali ed impianti nucleari• addetto/operaio scavi di miniere, tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi)• attore cascatore• sommozzatore civile• pilota di aeromobili commerciali e relativo personale di bordo <p><i>forze armate:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• pilota di aerei a reazione e relativo personale di bordo• pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo <p><i>forze dell'ordine:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali• agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali• agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali

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

Profilo delle professioni e delle attività sportive svolte dall'Assicurato

Elenco delle attività professionali che non consentono la stipulazione del contratto

Attività
<ul style="list-style-type: none">• addetto/operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto• addetto/operaio a contatto con materiale esplosivo• addetto/operaio a contatto con sostanze venefiche• giornalista, reporter e fotoreporter operante anche all'estero
<p><i>forze armate:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• personale a contatto di esplosivi, con incarichi pericolosi o destinati a missioni in aree di conflitto• corpi speciali (sommozzatori, artificieri, paracadutisti, ecc.)• personale imbarcato su sottomarini
<p><i>forze dell'ordine:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• agente e sottufficiale dei carabinieri appartenenti ad unità speciali• agente e sottufficiale di guardia di finanza appartenenti ad unità speciali• agente e sottufficiale di polizia appartenenti ad unità speciali
<p><i>insegnante di attività sportive e sportivi professionisti nelle seguenti attività:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• alpinismo• automobilismo• motociclismo• motonautica• paracadutismo• snowmobile• speleologia• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto

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

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

Profilo delle professioni e delle attività sportive svolte dall'Assicurato

Elenco delle attività sportive che prevedono l'esclusione della copertura assicurativa

Attività
<ul style="list-style-type: none">• alpinismo• attività di sub• automobilismo• motociclismo• motonautica• paracadutismo• snowmobile• speleologia• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto

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

Si precisa che le attività sportive di tipo ricreativo non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa.

Glossario

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

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

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

Carenza - Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

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

Condizioni di Assicurazione – Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.

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

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

Contratto – Accordo con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Costi (o spese) – Oneri a carico del Contraente gravanti sul Contratto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Promotore - Operatore che, professionalmente, come dipendente, agente o mandatario per conto di un intermediario, promuove e colloca prodotti finanziari e assicurativi. È iscritto in un apposito albo e deve possedere precisi requisiti di onorabilità e professionalità.

Recesso – Diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione e farne cessare gli effetti.

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

Riserva matematica – Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Imprese di Assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

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

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

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

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

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

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

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti, ivi inclusi i dati eventualmente necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

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

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

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

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

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

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

MODALITÀ D'USO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato e sulle attività professionali e sportive svolte dallo stesso

L'Assicurato dichiara:

- di godere di buona salute, di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti, di non aver sofferto di malattie gravi o significative, di non aver consultato medici per eventi morbosi significativi, di non essere stato ricoverato in ambiente ospedaliero per malattie o interventi chirurgici significativi (vedi il Nota Bene sul retro della presente Proposta).
- Nel caso in cui la situazione sopra riportata risultasse diversa, precisare eventuali situazioni patologiche insorte anteriormente e/o tuttora in corso _____
- di non svolgere nessuna delle professioni indicate sul retro della Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato svolga una o più delle professioni indicate nella suddetta tabella, specificare quali: _____ cod. _____;
- di non praticare nessuna delle attività sportive indicate sul retro della presente Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato pratichi una o più delle attività sportive indicate nella suddetta tabella la copertura assicurativa non sarà operante durante la pratica delle stesse;
- dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

LUOGO E DATA

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Nel caso in cui l'Assicurato sia un non-fumatore

Ai fini dell'applicazione delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori, il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano che l'Assicurato non è un fumatore, nel senso che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o ha smesso di fumare da almeno un anno.

Il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano di aver preso visione ed accettare le Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e si impegnano a comunicare alla Società ogni eventuale modifica che dovesse intervenire nello stato di non-fumatore dell'Assicurato stesso. La presente dichiarazione fa parte integrante del contratto di assicurazione.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Accettazione del rischio da parte della Società

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Autorizzazione di addebito in conto

Il Correntista autorizza UniCredit Xelion Banca S.p.A. ad addebitare il premio, secondo la periodicità di versamento prescelta, sul proprio rapporto nr. _____ intestato a _____

LUOGO E DATA

IL CORRENTISTA

PROMOTORE

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati anagrafici del Contraente ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

NOME E COGNOME (in stampatello)

CODICE RETE AREA

IL PROMOTORE

Si sottoscriva con cura esclusivamente la sezione interessata; tra le tre di seguito riportate:

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI OFFERTA ADEGUATA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE OFFERTA NON ADEGUATA

Il sottoscritto Promotore _____ Cod. _____ dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

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

MOTIVAZIONI

- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con l'età riportata al punto A1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con lo stato occupazionale da Lei indicato al punto B1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non corrisponde alle esigenze di tutela da Lei espresse al punto C1 del Questionario
- La sottoscrizione del prodotto selezionato comporta un eccesso di coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno che, secondo quanto espresso al punto D del Questionario, risulta già pienamente soddisfatta
- La disponibilità all'investimento da Lei indicata al punto E1 del Questionario non risulta compatibile con l'impegno contrattuale previsto con la sottoscrizione del prodotto selezionato
- Il prodotto da Lei selezionato non rientra tra le coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno da Lei indicata al punto F1 del Questionario
- L'orizzonte temporale del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i è superiore all'orizzonte temporale da Lei indicato al punto F2 del Questionario
- Il profilo di rischio del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i non corrisponde al profilo di rischio da Lei indicato al punto F3 del Questionario

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

IL PROMOTORE

Consenso al trattamento dei dati personali

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

IL SOGGETTO IN RAPPRESENTANZA

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CONTRAENTE

ASSICURATO

SESSO

- F** Femminile
- M** Maschile
- G** Persona Giuridica

TIPO DOCUMENTO

- 1** Carta di Identità
- 2** Patente
- 3** Passaporto
- 4** Porto d'armi
- 5** Tessera Postale
- 6** Altro

STATO

(indicare la sigla automobilistica)

- I** Italia
- B** Belgio
- DK** Danimarca
- F** Francia
- D** Germania
- GB** Gran Bretagna
- L** Lussemburgo
- NL** Olanda
- E** Spagna
- USA** Stati Uniti
- CH** Svizzera

BENEFICIARI CASO MORTE

- C** Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza del testamento, i di lui eredi legittimi
- F** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, i figli nati e nascituri dell'Assicurato in parti uguali
- G** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato
- H** I figli ed il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso, in parti uguali e con diritto di accrescimento ai superstiti
- Y** soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) indicate nella proposta

Nota bene: PROFILO SANITARIO

Per **malattie gravi o significative** si intendono: neoplasie maligne di qualsiasi tipo, leucemie, linfomi, mielomi, cardiopatie ischemico-dilatative, scompensi cardiaci, infarti del miocardio, valvulopatie cardiache di grado elevato, ipertensioni arteriose maligne, talassemia maggiore, vasculopatie cerebrali e sistemiche gravi, ictus cerebrale, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson in fase avanzata, malattie del motoneurone, miastenia grave, cirrosi epatiche da epatopatie croniche attive B e C correlate, gravi insufficienze respiratorie da enfisema e broncopneumopatia, insufficienze renali croniche gravi in dialisi, diabete insulino-dipendente (insorto prima dei trenta anni di età), psicopatie, sclerosi a placche, connettiviti sistemiche e vascoliti gravi su base immunologica, immunodeficienza da HIV.

Per **interventi chirurgici significativi** si intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

TABELLE DELLE PROFESSIONI E DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE PER CAPITALI ASSICURATI FINO A EURO 100.000

Elenco delle attività professionali che prevedono un sovrappremio	COD.
• acrobata/trapezista	P1
• addetto/operaio di centrali ed impianti nucleari	P2
• addetto/operaio scavi di miniere, tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi)	P3
• attore cascattore	P4
• sommozzatore civile	P5
• pilota di aeromobili commerciali e relativo personale di bordo	P11
<i>forze armate:</i>	
• pilota di aerei a reazione e relativo personale di bordo	P6
• pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo	P7
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali	P8
• agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali	P9
• agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali	P10

Elenco delle attività sportive che prevedono l'esclusione della copertura assicurativa	COD.
• alpinismo	S1
• attività di sub	S2
• automobilismo	S3
• motociclismo	S4
• motonautica	S5
• paracadutismo	S6
• snowmobile	S7
• speleologia	S8
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	S9
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	S10
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	S11

Elenco delle attività professionali che non consentono la stipulazione del contratto	COD.
• addetto/operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto	P21
• addetto/operaio a contatto con materiale esplosivo	P22
• addetto/operaio a contatto con sostanze venefiche	P23
• giornalista, reporter e fotoreporter operante anche all'estero	P24
<i>forze armate:</i>	
• personale a contatto di esplosivi, con incarichi pericolosi o destinati a missioni in aree di conflitto	P25
• corpi speciali (sommozzatori, artificieri, paracadutisti, ecc.)	P26
• personale imbarcato su sottomarini	P27
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri appartenenti ad unità speciali	P28
• agente e sottufficiale di guardia di finanza appartenenti ad unità speciali	P29
• agente e sottufficiale di polizia appartenenti ad unità speciali	P30
<i>insegnante di attività sportive e sportivi professionisti nelle seguenti attività:</i>	
• alpinismo	P31
• automobilismo	P32
• motociclismo	P33
• motonautica	P34
• paracadutismo	P35
• snowmobile	P36
• speleologia	P37
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	P38
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	P39
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	P40

Per capitali superiori a Euro 100.000,00 la Società si riserva di comunicare l'eventuale sovrappremio da applicare in relazione alla professione ed alle attività sportive svolte.

UNIRISK
(Tariffa T4NcE-T4FcE)

CONTRAENTE

(se diverso dal Contraente)

ASSICURATO

COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO (*)	
PROFESSIONE			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NR.
CAP	COMUNE DI RESIDENZA		
PROV.	STATO (*)	TELEFONO	TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	DATA RILASCIO	

COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO (*)	
PROFESSIONE			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NR.
CAP	COMUNE DI RESIDENZA		
PROV.	STATO (*)	TELEFONO	TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	DATA RILASCIO	

Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica i dati di cui sopra si riferiscono al legale rappresentante

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA
INDIRIZZO		

BENEFICIARI CASO MORTE

(*)

CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE

PER Non Fumatori
 Fumatori

DECORRENZA(*)	DURATA ANNI
PREMIO (comprensivo di caricamento) EURO	PERIODICITÀ DI VERSAMENTO
CORRISPONDENTE PREMIO SU BASE ANNUALE (comprensivo di caricamento) EURO	CAPITALE ASSICURATO EURO

Il premio versato è comprensivo dei seguenti sovrappremi (espressi per Euro 1.000 di capitale assicurato):
SOVRAPPREMI PROFESSIONALI: _____ SOVRAPPREMI SANITARI: _____ SOVRAPPREMI SPORTIVI: _____

VISITA MEDICA SÌ NO

(*) La data di decorrenza deve essere fissata con quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara che è stato consegnato a sue mani il presente Fascicolo Informativo (Mod. 7473X ed. 03/06), redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e delle Condizioni Particolari, il Glossario e l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

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

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

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

LUOGO E DATA IL CONTRAENTE L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione statuente la limitazione della garanzia che le Condizioni Particolari per le assicurazioni con o senza visita medica.

LUOGO E DATA IL CONTRAENTE

Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato e sulle attività professionali e sportive svolte dallo stesso

L'Assicurato dichiara:

- di godere di buona salute, di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti, di non aver sofferto di malattie gravi o significative, di non aver consultato medici per eventi morbosi significativi, di non essere stato ricoverato in ambiente ospedaliero per malattie o interventi chirurgici significativi (vedi il Nota Bene sul retro della presente Proposta).
- Nel caso in cui la situazione sopra riportata risultasse diversa, precisare eventuali situazioni patologiche insorte anteriormente e/o tuttora in corso _____
- di non svolgere nessuna delle professioni indicate sul retro della Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato svolga una o più delle professioni indicate nella suddetta tabella, specificare quali: _____ cod. _____;
- di non praticare nessuna delle attività sportive indicate sul retro della presente Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato pratichi una o più delle attività sportive indicate nella suddetta tabella la copertura assicurativa non sarà operante durante la pratica delle stesse;
- dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

LUOGO E DATA

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Nel caso in cui l'Assicurato sia un non-fumatore

Ai fini dell'applicazione delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori, il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano che l'Assicurato non è un fumatore, nel senso che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o ha smesso di fumare da almeno un anno.

Il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano di aver preso visione ed accettare le Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e si impegnano a comunicare alla Società ogni eventuale modifica che dovesse intervenire nello stato di non-fumatore dell'Assicurato stesso. La presente dichiarazione fa parte integrante del contratto di assicurazione.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Accettazione del rischio da parte della Società

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Autorizzazione di addebito in conto

Il Correntista autorizza UniCredit Xelion Banca S.p.A. ad addebitare il premio, secondo la periodicità di versamento prescelta, sul proprio rapporto nr. _____ intestato a _____

LUOGO E DATA

IL CORRENTISTA

PROMOTORE

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati anagrafici del Contraente ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

NOME E COGNOME (in stampatello)

CODICE RETE AREA

IL PROMOTORE

Si sottoscriva con cura esclusivamente la sezione interessata; tra le tre di seguito riportate:

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI OFFERTA ADEGUATA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE OFFERTA NON ADEGUATA

Il sottoscritto Promotore _____ Cod. _____ dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

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

MOTIVAZIONI

- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con l'età riportata al punto A1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con lo stato occupazionale da Lei indicato al punto B1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non corrisponde alle esigenze di tutela da Lei espresse al punto C1 del Questionario
- La sottoscrizione del prodotto selezionato comporta un eccesso di coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno che, secondo quanto espresso al punto D del Questionario, risulta già pienamente soddisfatta
- La disponibilità all'investimento da Lei indicata al punto E1 del Questionario non risulta compatibile con l'impegno contrattuale previsto con la sottoscrizione del prodotto selezionato
- Il prodotto da Lei selezionato non rientra tra le coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno da Lei indicata al punto F1 del Questionario
- L'orizzonte temporale del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i è superiore all'orizzonte temporale da Lei indicato al punto F2 del Questionario
- Il profilo di rischio del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i non corrisponde al profilo di rischio da Lei indicato al punto F3 del Questionario

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

IL PROMOTORE

Consenso al trattamento dei dati personali

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

IL SOGGETTO IN RAPPRESENTANZA

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CONTRAENTE

ASSICURATO

SESSO

- F** Femminile
- M** Maschile
- G** Persona Giuridica

TIPO DOCUMENTO

- 1** Carta di Identità
- 2** Patente
- 3** Passaporto
- 4** Porto d'armi
- 5** Tessera Postale
- 6** Altro

STATO

(indicare la sigla automobilistica)

- I** Italia
- B** Belgio
- DK** Danimarca
- F** Francia
- D** Germania
- GB** Gran Bretagna
- L** Lussemburgo
- NL** Olanda
- E** Spagna
- USA** Stati Uniti
- CH** Svizzera

BENEFICIARI CASO MORTE

- C** Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza del testamento, i di lui eredi legittimi
- F** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, i figli nati e nascituri dell'Assicurato in parti uguali
- G** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato
- H** I figli ed il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso, in parti uguali e con diritto di accrescimento ai superstiti
- Y** soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) indicate nella proposta

Nota bene: PROFILO SANITARIO

Per **malattie gravi o significative** si intendono: neoplasie maligne di qualsiasi tipo, leucemie, linfomi, mielomi, cardiopatie ischemico-dilatative, scompensi cardiaci, infarti del miocardio, valvulopatie cardiache di grado elevato, ipertensioni arteriose maligne, talassemia maggiore, vasculopatie cerebrali e sistemiche gravi, ictus cerebrale, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson in fase avanzata, malattie del motoneurone, miastenia grave, cirrosi epatiche da epatopatie croniche attive B e C correlate, gravi insufficienze respiratorie da enfisema e broncopneumopatia, insufficienze renali croniche gravi in dialisi, diabete insulino-dipendente (insorto prima dei trenta anni di età), psicopatie, sclerosi a placche, connettiviti sistemiche e vascoliti gravi su base immunologica, immunodeficienza da HIV.

Per **interventi chirurgici significativi** si intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

TABELLE DELLE PROFESSIONI E DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE PER CAPITALI ASSICURATI FINO A EURO 100.000

Elenco delle attività professionali che prevedono un sovrappremio	COD.
• acrobata/trapezista	P1
• addetto/operaio di centrali ed impianti nucleari	P2
• addetto/operaio scavi di miniere, tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi)	P3
• attore cascattore	P4
• sommozzatore civile	P5
• pilota di aeromobili commerciali e relativo personale di bordo	P11
<i>forze armate:</i>	
• pilota di aerei a reazione e relativo personale di bordo	P6
• pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo	P7
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali	P8
• agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali	P9
• agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali	P10

Elenco delle attività sportive che prevedono l'esclusione della copertura assicurativa	COD.
• alpinismo	S1
• attività di sub	S2
• automobilismo	S3
• motociclismo	S4
• motonautica	S5
• paracadutismo	S6
• snowmobile	S7
• speleologia	S8
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	S9
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	S10
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	S11

Elenco delle attività professionali che non consentono la stipulazione del contratto	COD.
• addetto/operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto	P21
• addetto/operaio a contatto con materiale esplosivo	P22
• addetto/operaio a contatto con sostanze venefiche	P23
• giornalista, reporter e fotoreporter operante anche all'estero	P24
<i>forze armate:</i>	
• personale a contatto di esplosivi, con incarichi pericolosi o destinati a missioni in aree di conflitto	P25
• corpi speciali (sommozzatori, artificieri, paracadutisti, ecc.)	P26
• personale imbarcato su sottomarini	P27
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri appartenenti ad unità speciali	P28
• agente e sottufficiale di guardia di finanza appartenenti ad unità speciali	P29
• agente e sottufficiale di polizia appartenenti ad unità speciali	P30
<i>insegnante di attività sportive e sportivi professionisti nelle seguenti attività:</i>	
• alpinismo	P31
• automobilismo	P32
• motociclismo	P33
• motonautica	P34
• paracadutismo	P35
• snowmobile	P36
• speleologia	P37
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	P38
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	P39
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	P40

Per capitali superiori a Euro 100.000,00 la Società si riserva di comunicare l'eventuale sovrappremio da applicare in relazione alla professione ed alle attività sportive svolte.

UNIRISK
(Tariffa T4NcE-T4FcE)

CONTRAENTE

(se diverso dal Contraente)

ASSICURATO

COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO (*)	
PROFESSIONE			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NR.
CAP	COMUNE DI RESIDENZA		
PROV.	STATO (*)	TELEFONO	TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	DATA RILASCIO	

COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO (*)	
PROFESSIONE			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NR.
CAP	COMUNE DI RESIDENZA		
PROV.	STATO (*)	TELEFONO	TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	DATA RILASCIO	

Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica i dati di cui sopra si riferiscono al legale rappresentante

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA
INDIRIZZO		

BENEFICIARI CASO MORTE

(*)

CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE

PER Non Fumatori
 Fumatori

DECORRENZA(*)	DURATA ANNI
PREMIO (comprensivo di caricamento) EURO	PERIODICITÀ DI VERSAMENTO
CORRISPONDENTE PREMIO SU BASE ANNUALE (comprensivo di caricamento) EURO	CAPITALE ASSICURATO EURO

Il premio versato è comprensivo dei seguenti sovrappremi (espressi per Euro 1.000 di capitale assicurato):
SOVRAPPREMI PROFESSIONALI: _____ SOVRAPPREMI SANITARI: _____ SOVRAPPREMI SPORTIVI: _____

VISITA MEDICA SÌ NO

(*) La data di decorrenza deve essere fissata con quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara che è stato consegnato a sue mani il presente Fascicolo Informativo (Mod. 7473X ed. 03/06), redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e delle Condizioni Particolari, il Glossario e l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

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

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

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

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE	L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)
--------------	---------------	--

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione statuente la limitazione della garanzia che le Condizioni Particolari per le assicurazioni con o senza visita medica.

LUOGO E DATA	IL CONTRAENTE
--------------	---------------

Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato e sulle attività professionali e sportive svolte dallo stesso

L'Assicurato dichiara:

- di godere di buona salute, di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti, di non aver sofferto di malattie gravi o significative, di non aver consultato medici per eventi morbosi significativi, di non essere stato ricoverato in ambiente ospedaliero per malattie o interventi chirurgici significativi (vedi il Nota Bene sul retro della presente Proposta).
- Nel caso in cui la situazione sopra riportata risultasse diversa, precisare eventuali situazioni patologiche insorte anteriormente e/o tuttora in corso _____
- di non svolgere nessuna delle professioni indicate sul retro della Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato svolga una o più delle professioni indicate nella suddetta tabella, specificare quali: _____ cod. _____;
- di non praticare nessuna delle attività sportive indicate sul retro della presente Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato pratichi una o più delle attività sportive indicate nella suddetta tabella la copertura assicurativa non sarà operante durante la pratica delle stesse;
- dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

LUOGO E DATA

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Nel caso in cui l'Assicurato sia un non-fumatore

Ai fini dell'applicazione delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori, il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano che l'Assicurato non è un fumatore, nel senso che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o ha smesso di fumare da almeno un anno.

Il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano di aver preso visione ed accettare le Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e si impegnano a comunicare alla Società ogni eventuale modifica che dovesse intervenire nello stato di non-fumatore dell'Assicurato stesso. La presente dichiarazione fa parte integrante del contratto di assicurazione.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Accettazione del rischio da parte della Società

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Autorizzazione di addebito in conto

Il Correntista autorizza UniCredit Xelion Banca S.p.A. ad addebitare il premio, secondo la periodicità di versamento prescelta, sul proprio rapporto nr. _____ intestato a _____

LUOGO E DATA

IL CORRENTISTA

PROMOTORE

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati anagrafici del Contraente ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

NOME E COGNOME (in stampatello)

CODICE RETE AREA

IL PROMOTORE

Si sottoscriva con cura esclusivamente la sezione interessata; tra le tre di seguito riportate:

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI OFFERTA ADEGUATA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE OFFERTA NON ADEGUATA

Il sottoscritto Promotore _____ Cod. _____ dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

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

MOTIVAZIONI

- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con l'età riportata al punto A1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con lo stato occupazionale da Lei indicato al punto B1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non corrisponde alle esigenze di tutela da Lei espresse al punto C1 del Questionario
- La sottoscrizione del prodotto selezionato comporta un eccesso di coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno che, secondo quanto espresso al punto D del Questionario, risulta già pienamente soddisfatta
- La disponibilità all'investimento da Lei indicata al punto E1 del Questionario non risulta compatibile con l'impegno contrattuale previsto con la sottoscrizione del prodotto selezionato
- Il prodotto da Lei selezionato non rientra tra le coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno da Lei indicata al punto F1 del Questionario
- L'orizzonte temporale del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i è superiore all'orizzonte temporale da Lei indicato al punto F2 del Questionario
- Il profilo di rischio del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i non corrisponde al profilo di rischio da Lei indicato al punto F3 del Questionario

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

IL PROMOTORE

Consenso al trattamento dei dati personali

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

IL SOGGETTO IN RAPPRESENTANZA

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CONTRAENTE

ASSICURATO

SESSO

- F** Femminile
- M** Maschile
- G** Persona Giuridica

TIPO DOCUMENTO

- 1** Carta di Identità
- 2** Patente
- 3** Passaporto
- 4** Porto d'armi
- 5** Tessera Postale
- 6** Altro

STATO

(indicare la sigla automobilistica)

- I** Italia
- B** Belgio
- DK** Danimarca
- F** Francia
- D** Germania
- GB** Gran Bretagna
- L** Lussemburgo
- NL** Olanda
- E** Spagna
- USA** Stati Uniti
- CH** Svizzera

BENEFICIARI CASO MORTE

- C** Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza del testamento, i di lui eredi legittimi
- F** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, i figli nati e nascituri dell'Assicurato in parti uguali
- G** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato
- H** I figli ed il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso, in parti uguali e con diritto di accrescimento ai superstiti
- Y** soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) indicate nella proposta

Nota bene: PROFILO SANITARIO

Per **malattie gravi o significative** si intendono: neoplasie maligne di qualsiasi tipo, leucemie, linfomi, mielomi, cardiopatie ischemico-dilatative, scompensi cardiaci, infarti del miocardio, valvulopatie cardiache di grado elevato, ipertensioni arteriose maligne, talassemia maggiore, vasculopatie cerebrali e sistemiche gravi, ictus cerebrale, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson in fase avanzata, malattie del motoneurone, miastenia grave, cirrosi epatiche da epatopatie croniche attive B e C correlate, gravi insufficienze respiratorie da enfisema e broncopneumopatia, insufficienze renali croniche gravi in dialisi, diabete insulino-dipendente (insorto prima dei trenta anni di età), psicopatie, sclerosi a placche, connettiviti sistemiche e vascoliti gravi su base immunologica, immunodeficienza da HIV.

Per **interventi chirurgici significativi** si intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

TABELLE DELLE PROFESSIONI E DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE PER CAPITALI ASSICURATI FINO A EURO 100.000

Elenco delle attività professionali che prevedono un sovrappremio	COD.
• acrobata/trapezista	P1
• addetto/operaio di centrali ed impianti nucleari	P2
• addetto/operaio scavi di miniere, tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi)	P3
• attore cascattore	P4
• sommozzatore civile	P5
• pilota di aeromobili commerciali e relativo personale di bordo	P11
<i>forze armate:</i>	
• pilota di aerei a reazione e relativo personale di bordo	P6
• pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo	P7
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali	P8
• agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali	P9
• agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali	P10

Elenco delle attività sportive che prevedono l'esclusione della copertura assicurativa	COD.
• alpinismo	S1
• attività di sub	S2
• automobilismo	S3
• motociclismo	S4
• motonautica	S5
• paracadutismo	S6
• snowmobile	S7
• speleologia	S8
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	S9
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	S10
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	S11

Elenco delle attività professionali che non consentono la stipulazione del contratto	COD.
• addetto/operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto	P21
• addetto/operaio a contatto con materiale esplosivo	P22
• addetto/operaio a contatto con sostanze venefiche	P23
• giornalista, reporter e fotoreporter operante anche all'estero	P24
<i>forze armate:</i>	
• personale a contatto di esplosivi, con incarichi pericolosi o destinati a missioni in aree di conflitto	P25
• corpi speciali (sommozzatori, artificieri, paracadutisti, ecc.)	P26
• personale imbarcato su sottomarini	P27
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri appartenenti ad unità speciali	P28
• agente e sottufficiale di guardia di finanza appartenenti ad unità speciali	P29
• agente e sottufficiale di polizia appartenenti ad unità speciali	P30
<i>insegnante di attività sportive e sportivi professionisti nelle seguenti attività:</i>	
• alpinismo	P31
• automobilismo	P32
• motociclismo	P33
• motonautica	P34
• paracadutismo	P35
• snowmobile	P36
• speleologia	P37
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	P38
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	P39
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	P40

Per capitali superiori a Euro 100.000,00 la Società si riserva di comunicare l'eventuale sovrappremio da applicare in relazione alla professione ed alle attività sportive svolte.

UNIRISK (Tariffa T4NcE-T4FcE)

CONTRAENTE

(se diverso dal Contraente)

ASSICURATO

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA / / SESSO (*)
PROFESSIONE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	NR. /
CAP	COMUNE DI RESIDENZA
PROV. STATO (*)	TELEFONO TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA DATA RILASCIO / /

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA / / SESSO (*)
PROFESSIONE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	NR. /
CAP	COMUNE DI RESIDENZA
PROV. STATO (*)	TELEFONO TIPO DOC (*)
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA DATA RILASCIO / /

Nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica i dati di cui sopra si riferiscono al legale rappresentante

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA
INDIRIZZO		

BENEFICIARI CASO MORTE

_____ (*)

CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE

PER Non Fumatori
 Fumatori

DECORRENZA(*)	DURATA ANNI
PREMIO (comprensivo di caricamento) EURO	PERIODICITÀ DI VERSAMENTO
CORRISPONDENTE PREMIO SU BASE ANNUALE (comprensivo di caricamento) EURO	CAPITALE ASSICURATO EURO

Il premio versato è comprensivo dei seguenti sovrappremi (espressi per Euro 1.000 di capitale assicurato):
 SOVRAPPREMI PROFESSIONALI: _____ SOVRAPPREMI SANITARI: _____ SOVRAPPREMI SPORTIVI: _____
 VISITA MEDICA SÌ NO
 (*) La data di decorrenza deve essere fissata con quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara che è stato consegnato a sue mani il presente Fascicolo Informativo (Mod. 7473X ed. 03/06), redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e delle Condizioni Particolari, il Glossario e l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

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

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

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

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____ L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente) _____

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione statuente la limitazione della garanzia che le Condizioni Particolari per le assicurazioni con o senza visita medica.

LUOGO E DATA _____ IL CONTRAENTE _____

(*) vedere legenda sul retro

Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato e sulle attività professionali e sportive svolte dallo stesso

L'Assicurato dichiara:

- di godere di buona salute, di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti, di non aver sofferto di malattie gravi o significative, di non aver consultato medici per eventi morbosi significativi, di non essere stato ricoverato in ambiente ospedaliero per malattie o interventi chirurgici significativi (vedi il Nota Bene sul retro della presente Proposta).
- Nel caso in cui la situazione sopra riportata risultasse diversa, precisare eventuali situazioni patologiche insorte anteriormente e/o tuttora in corso _____
- di non svolgere nessuna delle professioni indicate sul retro della Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato svolga una o più delle professioni indicate nella suddetta tabella, specificare quali: _____ cod. _____;
- di non praticare nessuna delle attività sportive indicate sul retro della presente Proposta. Nel caso in cui l'Assicurato pratichi una o più delle attività sportive indicate nella suddetta tabella la copertura assicurativa non sarà operante durante la pratica delle stesse;
- dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

LUOGO E DATA

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Nel caso in cui l'Assicurato sia un non-fumatore

Ai fini dell'applicazione delle Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori, il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano che l'Assicurato non è un fumatore, nel senso che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o ha smesso di fumare da almeno un anno.

Il Contraente e l'Assicurato - se persona diversa - dichiarano di aver preso visione ed accettare le Condizioni Speciali per Assicurati non-fumatori e si impegnano a comunicare alla Società ogni eventuale modifica che dovesse intervenire nello stato di non-fumatore dell'Assicurato stesso. La presente dichiarazione fa parte integrante del contratto di assicurazione.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Accettazione del rischio da parte della Società

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Autorizzazione di addebito in conto

Il Correntista autorizza UniCredit Xelion Banca S.p.A. ad addebitare il premio, secondo la periodicità di versamento prescelta, sul proprio rapporto nr. _____ intestato a _____

LUOGO E DATA

IL CORRENTISTA

PROMOTORE

Generalità dell'acquirente che ha effettuato la rilevazione dei dati anagrafici del Contraente ai sensi della Legge n.197 del 5 luglio 1991 (disposizioni urgenti per la lotta al riciclaggio).

NOME E COGNOME (in stampatello)

CODICE RETE AREA

IL PROMOTORE

Si sottoscriva con cura esclusivamente la sezione interessata; tra le tre di seguito riportate:

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI OFFERTA ADEGUATA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____.

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE OFFERTA NON ADEGUATA

Il sottoscritto Promotore _____ Cod. _____ dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza" N. _____, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

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

MOTIVAZIONI

- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con l'età riportata al punto A1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non è compatibile con lo stato occupazionale da Lei indicato al punto B1 del Questionario
- La tipologia di prodotto selezionato non corrisponde alle esigenze di tutela da Lei espresse al punto C1 del Questionario
- La sottoscrizione del prodotto selezionato comporta un eccesso di coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno che, secondo quanto espresso al punto D del Questionario, risulta già pienamente soddisfatta
- La disponibilità all'investimento da Lei indicata al punto E1 del Questionario non risulta compatibile con l'impegno contrattuale previsto con la sottoscrizione del prodotto selezionato
- Il prodotto da Lei selezionato non rientra tra le coperture assicurative - previdenziali relative all'area di bisogno da Lei indicata al punto F1 del Questionario
- L'orizzonte temporale del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i è superiore all'orizzonte temporale da Lei indicato al punto F2 del Questionario
- Il profilo di rischio del prodotto o del/i fondo/i selezionato/i non corrisponde al profilo di rischio da Lei indicato al punto F3 del Questionario

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

IL PROMOTORE

Consenso al trattamento dei dati personali

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

LUOGO E DATA

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

IL SOGGETTO IN RAPPRESENTANZA

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

CONTRAENTE

ASSICURATO

SESSO

- F** Femminile
- M** Maschile
- G** Persona Giuridica

TIPO DOCUMENTO

- 1** Carta di Identità
- 2** Patente
- 3** Passaporto
- 4** Porto d'armi
- 5** Tessera Postale
- 6** Altro

STATO

(indicare la sigla automobilistica)

- I** Italia
- B** Belgio
- DK** Danimarca
- F** Francia
- D** Germania
- GB** Gran Bretagna
- L** Lussemburgo
- NL** Olanda
- E** Spagna
- USA** Stati Uniti
- CH** Svizzera

BENEFICIARI CASO MORTE

- C** Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza del testamento, i di lui eredi legittimi
- F** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, i figli nati e nascituri dell'Assicurato in parti uguali
- G** Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato
- H** I figli ed il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso, in parti uguali e con diritto di accrescimento ai superstiti
- Y** soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) indicate nella proposta

Nota bene: PROFILO SANITARIO

Per **malattie gravi o significative** si intendono: neoplasie maligne di qualsiasi tipo, leucemie, linfomi, mielomi, cardiopatie ischemico-dilatative, scompensi cardiaci, infarti del miocardio, valvulopatie cardiache di grado elevato, ipertensioni arteriose maligne, talassemia maggiore, vasculopatie cerebrali e sistemiche gravi, ictus cerebrale, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson in fase avanzata, malattie del motoneurone, miastenia grave, cirrosi epatiche da epatopatie croniche attive B e C correlate, gravi insufficienze respiratorie da enfisema e broncopneumopatia, insufficienze renali croniche gravi in dialisi, diabete insulino-dipendente (insorto prima dei trenta anni di età), psicopatie, sclerosi a placche, connettiviti sistemiche e vascoliti gravi su base immunologica, immunodeficienza da HIV.

Per **interventi chirurgici significativi** si intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.

TABELLE DELLE PROFESSIONI E DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE PER CAPITALI ASSICURATI FINO A EURO 100.000

Elenco delle attività professionali che prevedono un sovrappremio	COD.
• acrobata/trapezista	P1
• addetto/operaio di centrali ed impianti nucleari	P2
• addetto/operaio scavi di miniere, tunnel e gallerie (senza uso di esplosivi)	P3
• attore cascattore	P4
• sommozzatore civile	P5
• pilota di aeromobili commerciali e relativo personale di bordo	P11
<i>forze armate:</i>	
• pilota di aerei a reazione e relativo personale di bordo	P6
• pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo	P7
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri non appartenenti ad unità speciali	P8
• agente e sottufficiale di guardia di finanza non appartenenti ad unità speciali	P9
• agente e sottufficiale di polizia non appartenenti ad unità speciali	P10

Elenco delle attività sportive che prevedono l'esclusione della copertura assicurativa	COD.
• alpinismo	S1
• attività di sub	S2
• automobilismo	S3
• motociclismo	S4
• motonautica	S5
• paracadutismo	S6
• snowmobile	S7
• speleologia	S8
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	S9
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	S10
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	S11

Elenco delle attività professionali che non consentono la stipulazione del contratto	COD.
• addetto/operaio estrazione, produzione e rimozione di amianto	P21
• addetto/operaio a contatto con materiale esplosivo	P22
• addetto/operaio a contatto con sostanze venefiche	P23
• giornalista, reporter e fotoreporter operante anche all'estero	P24
<i>forze armate:</i>	
• personale a contatto di esplosivi, con incarichi pericolosi o destinati a missioni in aree di conflitto	P25
• corpi speciali (sommozzatori, artificieri, paracadutisti, ecc.)	P26
• personale imbarcato su sottomarini	P27
<i>forze dell'ordine:</i>	
• agente e sottufficiale dei carabinieri appartenenti ad unità speciali	P28
• agente e sottufficiale di guardia di finanza appartenenti ad unità speciali	P29
• agente e sottufficiale di polizia appartenenti ad unità speciali	P30
<i>insegnante di attività sportive e sportivi professionisti nelle seguenti attività:</i>	
• alpinismo	P31
• automobilismo	P32
• motociclismo	P33
• motonautica	P34
• paracadutismo	P35
• snowmobile	P36
• speleologia	P37
• sport estremi (adventure racing, bungee jumping, canyoning, rafting)	P38
• vela: gare e a scopo ricreativo (membri di equipaggio inferiori a tre)	P39
• volo su aeromobili, mongolfiere, alianti, deltaplano e parapendio: gare e a scopo di turismo o diporto	P40

Per capitali superiori a Euro 100.000,00 la Società si riserva di comunicare l'eventuale sovrappremio da applicare in relazione alla professione ed alle attività sportive svolte.

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2006

CreditRas
VITA SPA

CreditRas Vita S.p.A. - Sede Sociale: 20122 Milano - Corso Italia, 23
Telefono 02 7216.1 - Fax 02 7216.4032 - Capitale Sociale interamente
versato € 102.000.000,00 - REA Milano 1507537 - Registro Imprese Milano
C.F. 11432610159 - P. IVA 11931360157 - Impresa autorizzata all'esercizio delle
assicurazioni con provvedimento ISVAP 259 del 16/5/1996 (G.U. 25/5/1996 N. 121)

