

indice

Nota informativa	pag. 3
Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante	pag. 16
Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico	pag. 20
Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato	pag. 23
Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato	pag. 27
Condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico	pag. 31
Condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante	pag. 34
Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni	pag. 39
Glossario	pag. 41

PAGINA NON UTILIZZABILE



ZURICH

nota informativa

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

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Zurich Investments Life S.p.A. - Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia appartenente al gruppo Zurich Italia, con Sede legale a Milano - Italia - Piazza Carlo Erba n.6, Cap 20129.

Recapito telefonico +39 025966.1 - Sito Internet: www.zurich.it - Indirizzo di posta elettronica: customerlife@zurich.it.

Zurich Investments Life S.p.A. è una Società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 7.11.1953 (G.U. del 3.2.1954 n. 27).

La Società di Revisione dell'Impresa è PricewaterhouseCoopers - con Sede legale e amministrativa a Milano - Italia - Via Monte Rosa, 91 - Iscritta al n.43 Albo Consob - Recapito telefonico +39 02 667201.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto prevede una durata minima pari a 5 anni ed una durata massima pari a 30 anni.

Il contratto "Taboo" - temporanea in caso di morte - garantisce il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, in quanto i premi corrispondono alla sola copertura del rischio di morte. Taboo consente inoltre la possibilità di abbinare alla prestazione in caso di morte la prestazione aggiuntiva in caso di diagnosi di malattia grave dell'Assicurato o la garanzia complementare in caso di morte per infortunio.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato, verificatosi nel corso della durata contrattuale, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente il capitale assicurato. In base alla tariffa scelta dal Contraente, il capitale assicurato può essere costante (Tariffe 55E e 551E) o decrescente (Tariffe 564T, 574TM e 561E) nel periodo contrattuale; in quest'ultimo caso il capitale decresce di un importo costante per quanti sono gli anni o i mesi contenuti nella durata contrattuale.

L'età dell'Assicurato alla stipula della polizza, deve essere compresa

tra 18 anni e 75 anni ed al termine della durata dell'assicurazione non deve eccedere gli 80 anni. Qualora al contratto venga abbinata la prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave dell'Assicurato vengono applicati i limiti di età di tale prestazione, più avanti definiti. Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa ad esclusione di particolari circostanze dettagliatamente specificate all'art. 2 delle Condizioni contrattuali "Esclusioni".

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e delle sue abitudini di vita (professione, sport, ecc.), attraverso l'esibizione dei risultati di analisi mediche. Gli accertamenti sanitari e le visite mediche devono essere effettuati presso medici fiduciari e/o strutture autorizzate dalla Società. Al ricorrere di determinate condizioni è possibile limitarsi alla sola compilazione di un apposito questionario, ma in tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per i primi sei mesi al caso in cui il decesso avvenga direttamente a seguito del sopravvenire di una malattia a decorso rapido, di uno shock anafilattico o di un infortunio, come specificato nell'art.3 delle Condizioni contrattuali di ciascuna tariffa "Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza".

Un periodo di carenza di cinque o di sette anni è comunque previsto per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione H.I.V (AIDS o patologie ad essa collegate) semprechè l'Assicurato non abbia

effettuato gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia H.I.V. o di sieropositività.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere, anche se scritte da persona diversa dall'Assicurato, per evitare il rischio di successive legittime contestazioni della Società che possono pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione.

PRESTAZIONE AGGIUNTIVA IN CASO DI MALATTIA GRAVE DELL'ASSICURATO

La Società si impegna a pagare all'Assicurato il capitale assicurato qualora gli venga diagnosticata una malattia grave, tra quelle descritte all'art. 7 delle Condizioni contrattuali "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata" ed a condizione che il decesso dell'Assicurato stesso non intervenga nei 30 giorni successivi alla data della diagnosi.

La prestazione aggiuntiva in caso di malattia grave (Tariffa 59E) è abbinabile alle sole tariffe temporanee per il caso di morte a premio annuo (Tariffe 55E - 564T - 574M) con periodo pagamento premi pari almeno a cinque anni. La durata del contratto di assicurazione in caso di malattia grave è pari a 5 anni ed il capitale assicurato può essere pari a 50.000 euro o 100.000 euro o 150.000 euro e comunque non può superare il doppio del capitale

assicurato con l'assicurazione in caso di morte.

Ad ogni sua scadenza l'assicurazione aggiuntiva può essere rinnovata, di ulteriori 5 anni con le stesse regole e ai tassi in vigore all'epoca del rinnovo in base all'età raggiunta dall'Assicurato, senza ulteriori accertamenti sanitari e senza periodo di carenza assicurativa, a condizione che la richiesta di rinnovo avvenga entro sei mesi dalla sua scadenza e per un capitale non superiore a quello in vigore e la nuova data di scadenza non risulti posteriore a quella dell'assicurazione per il caso di morte, in tal caso la garanzia aggiuntiva avrà durata pari alla durata residua dell'assicurazione in caso di morte.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto, deve essere compresa tra 20 e 60 anni ed al termine della durata contrattuale non deve eccedere i 65 anni.

Sono escluse dall'indennizzo le malattie gravi dovute ad alcune specifiche cause, dettagliate all'art.8 delle Condizioni contrattuali "Esclusioni". Eseguito il pagamento l'assicurazione si estingue e nessuna ulteriore prestazione è prevista per il caso in cui l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave. Questa assicurazione richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e delle sue abitudini di vita (professione, sport, etc.) attraverso l'esibizione dei risultati di analisi mediche che dovranno essere effettuate presso medici fiduciari e/o strutture autorizzate dalla Società.

È tuttavia possibile limitarsi alla compilazione di un apposito questionario, ma in tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per i primi sei mesi al caso in cui la malattia grave avvenga direttamente a seguito di un infortunio, come specificato all'art.6 "Periodo di carenza in caso di assicurazione senza visita medica" delle Condizioni contrattuali. È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese nel questionario o comunque nella fase di accertamento delle condizioni di salute e delle abitudini di vita siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Società che possono anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento della prestazione.

GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, dovuto a infortunio o incidente stradale, la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, rispettivamente il capitale aggiuntivo indicato in polizza o il doppio del medesimo; la garanzia complementare è applicabile alle sole tariffe a premio annuo (Tariffe 55E - 564T - 574M).

Il pagamento di prestazioni per la garanzia complementare infortuni non influisce sulla garanzia principale; in caso di particolari situazioni (svolgimento di attività lavorativa od hobby particolarmente pericolosi) la copertura assicurativa complementare può essere limitata



ZURICH

o avere modalità applicative specifiche.

Leggere attentamente le avvertenze contenute nel modulo di proposta.

3. Premi

Il premio è il corrispettivo dovuto dal Contraente alle scadenze previste dal contratto, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato, per l'ottenimento delle prestazioni previste dal contratto.

L'ammontare del premio dipende dal livello della garanzia prevista, dalla durata del contratto, dall'età e dal sesso dell'Assicurato, nonché dal suo stato di salute e dalle sue abitudini di vita.

A seconda della tariffa prescelta il Contraente deve corrispondere un premio, che può essere :

- Tariffa 55E - **annuo, di importo costante**, eventualmente frazionato nell'anno, per tutta la durata del contratto; la tariffa prevede una riduzione del premio pari al 20% per gli Assicurati NON FUMATORI;
- Tariffe 564T e 574TM - **annuo limitato, di importo costante**, , eventualmente frazionato nell'anno, per tutta la durata del pagamento premi indicata in polizza che risulta inferiore alla durata del contratto; le tariffe prevedono una riduzione del premio pari al 20% per gli Assicurati NON FUMATORI;
- Tariffe 551E e 561E - **unico**, da versarsi alla conclusione del contratto;
- Tariffa 59E - **annuo, di importo costante**, per tutta la durata dell'assicurazione aggiuntiva per

il caso di malattia grave, da corrispondersi unitamente e con il medesimo frazionamento del premio dell'assicurazione per il caso di morte;

- per la garanzia complementare infortuni - **annuo, di importo costante**, da corrispondersi unitamente e con il medesimo frazionamento del premio dell'assicurazione per il caso di morte.

Il Contraente può versare il premio annuo anche frazionato nell'anno, con cadenza semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile; in questo caso viene applicata un'addizionale di frazionamento pari a 1,5% per frazionamento semestrale, al 2% per frazionamento quadrimestrale, al 2,5% per frazionamento trimestrale e al 3,5% per frazionamento mensile.

Per le tariffe che prevedono il versamento a premio unico questo è versato in un'unica soluzione alla data di stipulazione della polizza.

I premi possono essere pagati:

- nel caso di polizza intermediata da un Agente della Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Agente oppure bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Agente. Sino al 30 giugno 2007 è consentito il pagamento in contanti per importi inferiori a 10.000,00 euro. Dopo tale data non è ammesso il pagamento del premio in contanti. Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito diretto sul conto corrente (RID) del Contraente;

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Broker scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o al Broker o bonifico bancario su c/c intestato alla Società o al Broker. Sino al 30 giugno 2007 è consentito il pagamento in contanti per importi inferiori a 10.000,00 euro. Dopo tale data non è ammesso il pagamento del premio in contanti. Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito diretto sul conto corrente (RID) del Contraente;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito su proprio c/c intrattenuto con la Banca e contestuale accredito sul c/c della Società oppure, transitoriamente, su altro c/c della Banca. Per i premi successivi al primo è ammesso anche il pagamento tramite addebito diretto sul conto corrente (RID) del Contraente; Qualora il Contraente estingua il conto corrente presso l'Istituto Bancario dove ha sottoscritto la polizza, potrà comunicarlo per iscritto alla Direzione della Società che provvederà ad indicare l'Agenzia di Direzione più vicina alla residenza del Contraente dove continuare i versamenti; la Direzione, ricevuta conferma positiva da parte del Contraente in merito all'Agenzia indicata, trasferirà d'ufficio il contratto presso l'Agenzia indicata.

Tabelle illustrative dei premi

Qualora venga applicato uno sconto il relativo importo di premio risulterà inferiore a quanto indicato di seguito nelle tabelle. Maggiori informazioni sono indicate al successivo punto 5.

Tariffa 55E: Temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costante

Importi di premio Annuo

Capitale assicurato: 50.000,00 Sesso: Maschile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	80,50	82,00	87,00	100,50	124,00
35	83,50	91,00	109,00	139,00	182,00
40	100,00	125,00	163,50	216,50	289,50
45	153,50	202,00	267,50	357,00	471,50
50	258,50	338,50	448,00	588,00	748,00

Importi di premio Annuo

Capitale assicurato: 50.000,00 Sesso: Femminile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	30,00	33,00	38,50	48,00	60,50
35	37,00	44,00	56,00	71,00	90,50
40	52,00	67,00	86,00	108,50	140,00
45	85,00	106,50	133,00	170,50	224,00
50	131,50	162,50	207,50	273,00	367,50

Capitale assicurato: 100.000,00 Sesso: Maschile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	161,00	164,00	174,00	201,00	248,00
35	167,00	182,00	218,00	278,00	364,00
40	200,00	250,00	327,00	433,00	579,00
45	307,00	404,00	535,00	714,00	943,00
50	517,00	677,00	896,00	1.176,00	1.496,00

Capitale assicurato: 100.000,00 Sesso: Femminile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	60,00	66,00	77,00	96,00	121,00
35	74,00	88,00	112,00	142,00	181,00
40	104,00	134,00	172,00	217,00	280,00
45	170,00	213,00	266,00	341,00	448,00
50	263,00	325,00	415,00	546,00	735,00

Capitale assicurato: 200.000,00 Sesso: Maschile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	322,00	328,00	348,00	402,00	496,00
35	334,00	364,00	436,00	556,00	728,00
40	400,00	500,00	654,00	866,00	1.158,00
45	614,00	808,00	1.070,00	1.428,00	1.886,00
50	1.034,00	1.354,00	1.792,00	2.352,00	2.992,00

Capitale assicurato: 200.000,00 Sesso: Femminile
Condizione: FUMATORE

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	120,00	132,00	154,00	192,00	242,00
35	148,00	176,00	224,00	284,00	362,00
40	208,00	268,00	344,00	434,00	560,00
45	340,00	426,00	532,00	682,00	896,00
50	526,00	650,00	830,00	1.092,00	1.470,00

Importi di premio Annuo

Capitale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	64,50	65,50	69,50	80,50	99,50
35	66,50	73,00	87,50	111,50	145,50
40	80,00	100,00	130,50	173,00	231,50
45	123,00	162,00	214,00	285,50	377,00
50	207,00	271,00	358,50	470,00	598,50

Importi di premio Annuo

Capitale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	24,00	26,50	31,00	38,50	48,50
35	29,50	35,00	44,50	57,00	72,00
40	41,50	54,00	68,50	87,00	112,00
45	68,00	85,00	106,50	136,50	179,00
50	105,00	130,00	166,00	218,00	294,00

Capitale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	129,00	131,00	139,00	161,00	199,00
35	133,00	146,00	175,00	223,00	291,00
40	160,00	200,00	261,00	346,00	463,00
45	246,00	324,00	428,00	571,00	754,00
50	414,00	542,00	717,00	940,00	1.197,00

Capitale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	48,00	53,00	62,00	77,00	97,00
35	59,00	70,00	89,00	114,00	144,00
40	83,00	108,00	137,00	174,00	224,00
45	136,00	170,00	213,00	273,00	358,00
50	210,00	260,00	332,00	436,00	588,00

Capitale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	258,00	262,00	278,00	322,00	398,00
35	266,00	292,00	350,00	446,00	582,00
40	320,00	400,00	522,00	692,00	926,00
45	492,00	648,00	856,00	1.142,00	1.508,00
50	828,00	1.084,00	1.434,00	1.880,00	2.394,00

Capitale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**
 Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	96,00	106,00	124,00	154,00	194,00
35	118,00	140,00	178,00	228,00	288,00
40	166,00	216,00	274,00	348,00	448,00
45	272,00	340,00	426,00	546,00	716,00
50	420,00	520,00	664,00	872,00	1.176,00

Tariffa 551E: Temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio unico

Capitale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	374,50	714,00	1.070,50	1.548,50	2.246,00
35	387,00	794,00	1.339,50	2.135,00	3.273,00
40	464,00	1.086,50	1.994,50	3.293,00	5.134,00
45	711,50	1.749,00	3.233,50	5.337,50	8.142,50
50	1.193,00	2.898,50	5.316,50	8.540,00	12.385,00

Capitale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	139,50	291,00	477,50	746,50	1.110,00
35	171,50	383,50	688,50	1.101,50	1.645,50
40	240,50	587,00	1.056,00	1.673,50	2.531,50
45	394,00	927,50	1.630,00	2.605,50	4.003,50
50	608,50	1.410,50	2.523,50	4.119,50	6.441,50

Capitale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	749,00	1.428,00	2.141,00	3.097,00	4.492,00
35	774,00	1.588,00	2.679,00	4.270,00	6.546,00
40	928,00	2.173,00	3.989,00	6.586,00	10.268,00
45	1.423,00	3.498,00	6.467,00	10.675,00	16.285,00
50	2.386,00	5.797,00	10.633,00	17.080,00	24.770,00

Capitale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	279,00	582,00	955,00	1.493,00	2.220,00
35	343,00	767,00	1.377,00	2.203,00	3.291,00
40	481,00	1.174,00	2.112,00	3.347,00	5.063,00
45	788,00	1.855,00	3.260,00	5.211,00	8.007,00
50	1.217,00	2.821,00	5.047,00	8.239,00	12.883,00

Capitale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	1.498,00	2.856,00	4.282,00	6.194,00	8.984,00
35	1.548,00	3.176,00	5.358,00	8.540,00	13.092,00
40	1.856,00	4.346,00	7.978,00	13.172,00	20.536,00
45	2.846,00	6.996,00	12.934,00	21.350,00	32.570,00
50	4.772,00	11.594,00	21.266,00	34.160,00	49.540,00

Capitale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	558,00	1.164,00	1.910,00	2.986,00	4.440,00
35	686,00	1.534,00	2.754,00	4.406,00	6.582,00
40	962,00	2.348,00	4.224,00	6.694,00	10.126,00
45	1.576,00	3.710,00	6.520,00	10.422,00	16.014,00
50	2.434,00	5.642,00	10.094,00	16.478,00	25.766,00

Tariffa 564T: Temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante e a premio annuo costante limitato

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	78,50	86,50	66,00	62,50	65,00
35	82,00	92,50	75,00	76,50	85,50
40	94,50	117,50	103,50	111,50	128,50
45	142,00	185,00	166,00	181,00	210,00
50	240,50	309,00	278,00	302,00	346,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	29,00	33,50	27,00	27,00	29,50
35	35,50	42,50	36,50	38,00	42,50
40	48,50	62,00	55,00	58,00	65,00
45	78,50	100,00	86,50	91,00	102,50
50	123,50	153,50	133,50	142,00	163,50
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	157,00	173,00	132,00	125,00	130,00
35	164,00	185,00	150,00	153,00	171,00
40	189,00	235,00	207,00	223,00	257,00
45	284,00	370,00	332,00	362,00	420,00
50	481,00	618,00	556,00	604,00	692,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	58,00	67,00	54,00	54,00	59,00
35	71,00	85,00	73,00	76,00	85,00
40	97,00	124,00	110,00	116,00	130,00
45	157,00	200,00	173,00	182,00	205,00
50	247,00	307,00	267,00	284,00	327,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	314,00	346,00	264,00	250,00	260,00
35	328,00	370,00	300,00	306,00	342,00
40	378,00	470,00	414,00	446,00	514,00
45	568,00	740,00	664,00	724,00	840,00
50	962,00	1.236,00	1.112,00	1.208,00	1.384,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	116,00	134,00	108,00	108,00	118,00
35	142,00	170,00	146,00	152,00	170,00
40	194,00	248,00	220,00	232,00	260,00
45	314,00	400,00	346,00	364,00	410,00
50	494,00	614,00	534,00	568,00	654,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	63,00	69,50	53,00	50,00	52,00
35	65,50	74,00	60,00	61,50	68,50
40	75,50	94,00	83,00	89,00	103,00
45	113,50	148,00	133,00	145,00	168,00
50	192,50	247,50	222,50	241,50	277,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	23,00	27,00	21,50	21,50	23,50
35	28,50	34,00	29,00	30,50	34,00
40	39,00	49,50	44,00	46,50	52,00
45	63,00	80,00	69,00	72,50	82,00
50	98,50	123,00	107,00	113,50	131,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	126,00	139,00	106,00	100,00	104,00
35	131,00	148,00	120,00	123,00	137,00
40	151,00	188,00	166,00	178,00	206,00
45	227,00	296,00	266,00	290,00	336,00
50	385,00	495,00	445,00	483,00	554,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	46,00	54,00	43,00	43,00	47,00
35	57,00	68,00	58,00	61,00	68,00
40	78,00	99,00	88,00	93,00	104,00
45	126,00	160,00	138,00	145,00	164,00
50	197,00	246,00	214,00	227,00	262,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	252,00	278,00	212,00	200,00	208,00
35	262,00	296,00	240,00	246,00	274,00
40	302,00	376,00	332,00	356,00	412,00
45	454,00	592,00	532,00	580,00	672,00
50	770,00	990,00	890,00	966,00	1.108,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	92,00	108,00	86,00	86,00	94,00
35	114,00	136,00	116,00	122,00	136,00
40	156,00	198,00	176,00	186,00	208,00
45	252,00	320,00	276,00	290,00	328,00
50	394,00	492,00	428,00	454,00	524,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Tariffa 574M: Temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante e a premio annuo costante limitato

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	66,50	79,50	62,50	59,50	62,50
35	69,50	84,50	70,50	72,50	81,50
40	80,00	106,50	96,50	105,00	122,50
45	119,00	167,50	154,50	171,00	200,00
50	202,00	280,50	259,00	285,50	330,50
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	24,50	30,50	25,50	25,50	28,50
35	30,00	38,50	34,00	36,00	40,50
40	40,50	56,00	51,00	54,50	62,00
45	66,00	90,50	81,00	86,00	98,00
50	104,00	139,50	124,50	134,50	155,50
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	133,00	159,00	125,00	119,00	125,00
35	139,00	169,00	141,00	145,00	163,00
40	160,00	213,00	193,00	210,00	245,00
45	238,00	335,00	309,00	342,00	400,00
50	404,00	561,00	518,00	571,00	661,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	49,00	61,00	51,00	51,00	57,00
35	60,00	77,00	68,00	72,00	81,00
40	81,00	112,00	102,00	109,00	124,00
45	132,00	181,00	162,00	172,00	196,00
50	208,00	279,00	249,00	269,00	311,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	266,00	318,00	250,00	238,00	250,00
35	278,00	338,00	282,00	290,00	326,00
40	320,00	426,00	386,00	420,00	490,00
45	476,00	670,00	618,00	684,00	800,00
50	808,00	1.122,00	1.036,00	1.142,00	1.322,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	98,00	122,00	102,00	102,00	114,00
35	120,00	154,00	136,00	144,00	162,00
40	162,00	224,00	204,00	218,00	248,00
45	264,00	362,00	324,00	344,00	392,00
50	416,00	558,00	498,00	538,00	622,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	53,00	63,50	50,00	47,50	50,00
35	55,50	67,50	56,50	58,00	65,00
40	64,00	85,50	77,00	84,00	98,00
45	95,00	134,00	124,00	137,00	160,00
50	162,00	224,50	207,00	228,50	264,50
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Importi di premio Annuo

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	19,50	24,50	20,50	20,50	22,50
35	24,00	31,00	27,00	29,00	32,50
40	32,50	45,00	41,00	44,00	49,50
45	52,50	72,50	64,50	69,00	78,50
50	83,00	111,50	99,50	107,50	124,50
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	106,00	127,00	100,00	95,00	100,00
35	111,00	135,00	113,00	116,00	130,00
40	128,00	171,00	154,00	168,00	196,00
45	190,00	268,00	248,00	274,00	320,00
50	324,00	449,00	414,00	457,00	529,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	39,00	49,00	41,00	41,00	45,00
35	48,00	62,00	54,00	58,00	65,00
40	65,00	90,00	82,00	88,00	99,00
45	105,00	145,00	129,00	138,00	157,00
50	166,00	223,00	199,00	215,00	249,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	212,00	254,00	200,00	190,00	200,00
35	222,00	270,00	226,00	232,00	260,00
40	256,00	342,00	308,00	336,00	392,00
45	380,00	536,00	496,00	548,00	640,00
50	648,00	898,00	828,00	914,00	1.058,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**
Condizione: **NON FUMATORE**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	78,00	98,00	82,00	82,00	90,00
35	96,00	124,00	108,00	116,00	130,00
40	130,00	180,00	164,00	176,00	198,00
45	210,00	290,00	258,00	276,00	314,00
50	332,00	446,00	398,00	430,00	498,00
Durata pagamento premi					
	3	5	10	15	20

Tariffa 561E: Temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante e a premio unico

Importi di premio Unico

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	224,50	402,00	575,50	767,00	1.003,50
35	234,50	429,50	654,50	940,00	1.309,00
40	270,50	544,50	899,00	1.358,50	1.957,00
45	405,50	856,50	1.437,00	2.188,00	3.144,50
50	686,00	1.426,50	2.380,00	3.583,50	5.027,00

Importi di premio Unico

Capitale iniziale assicurato: **50.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	82,50	156,00	236,50	335,00	459,50
35	101,50	197,50	317,50	470,00	659,00
40	138,50	288,50	478,50	712,00	1.002,50
45	224,50	463,50	753,00	1.112,00	1.570,50
50	352,50	711,50	1.157,50	1.727,00	2.469,00

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	449,00	804,00	1.151,00	1.534,00	2.007,00
35	469,00	859,00	1.309,00	1.880,00	2.618,00
40	541,00	1.089,00	1.798,00	2.717,00	3.914,00
45	811,00	1.713,00	2.874,00	4.376,00	6.289,00
50	1.372,00	2.853,00	4.760,00	7.167,00	10.054,00

Capitale iniziale assicurato: **100.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	165,00	312,00	473,00	670,00	919,00
35	203,00	395,00	635,00	940,00	1.318,00
40	277,00	577,00	957,00	1.424,00	2.005,00
45	449,00	927,00	1.506,00	2.224,00	3.141,00
50	705,00	1.423,00	2.315,00	3.454,00	4.938,00

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Maschile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	898,00	1.608,00	2.302,00	3.068,00	4.014,00
35	938,00	1.718,00	2.618,00	3.760,00	5.236,00
40	1.082,00	2.178,00	3.596,00	5.434,00	7.828,00
45	1.622,00	3.426,00	5.748,00	8.752,00	12.578,00
50	2.744,00	5.706,00	9.520,00	14.334,00	20.108,00

Capitale iniziale assicurato: **200.000,00** Sesso: **Femminile**

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	330,00	624,00	946,00	1.340,00	1.838,00
35	406,00	790,00	1.270,00	1.880,00	2.636,00
40	554,00	1.154,00	1.914,00	2.848,00	4.010,00
45	898,00	1.854,00	3.012,00	4.448,00	6.282,00
50	1.410,00	2.846,00	4.630,00	6.908,00	9.876,00

Tariffa 59E: Assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave e a premio annuo costante

Capitale assicurato: 50.000,00

Età	Maschio	Femmina
30	57,00	77,50
35	90,50	127,50
40	152,00	206,50
45	300,50	311,00
50	506,00	454,00

Capitale assicurato: 100.000,00

Età	Maschio	Femmina
30	114,00	155,00
35	181,00	255,00
40	304,00	413,00
45	601,00	622,00
50	1.012,00	908,00

Capitale assicurato: 150.000,00

Età	Maschio	Femmina
30	171,00	232,50
35	271,50	382,50
40	456,00	619,50
45	901,50	933,00
50	1.518,00	1.362,00

Tutti gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti alle abitudini di vita ed allo stato di salute dell'Assicurato che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario o si sia sottoposto a visita medica.

4. Opzioni di contratto

Il contratto non prevede l'esercizio di alcuna opzione.

C. Informazioni su sconti e regime fiscale

5. Misure e modalità di eventuali sconti

Per raggruppamenti omogenei di Clientela la Società ha la facoltà di prevedere specifici sconti. In tale caso, informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.

6. Regime fiscale

I premi del contratto non sono soggetti ad imposte di assicurazione e sono fiscalmente detraibili nella misura fissa del 19% per un importo massimo di 1.291,14 euro.

Le prestazioni del contratto sono esenti da imposizione fiscale.

D. Altre informazioni sul contratto

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

8. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

In caso di mancato pagamento dei premi entro 30 giorni dalla

scadenza della rata dovuta, il contratto si risolve e i premi restano acquisiti alla Società. L'assicurazione può essere riattivata entro 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, versando gli importi arretrati aumentati degli interessi previsti dallo specifico articolo delle Condizioni contrattuali "Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto". La Società si riserva comunque di subordinare la riattivazione alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

9. Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede la possibilità di chiedere il riscatto o la riduzione delle prestazioni.

10. Revoca della proposta

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato il Contraente può revocare la proposta inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. -



ZURICH

Operations Vita - Piazza Carlo Erba, nr. 6 20129 Milano - Telefono nr. 0259667880.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente l'eventuale somma versata all'atto della sottoscrizione della proposta.

11. Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs 209/2005, il Contraente può recedere dal contratto inviando entro 30 giorni dalla data di conclusione una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R. a: Zurich Investments Life S.p.A. - Operations Vita - Piazza Carlo Erba, nr. 6 20129 Milano - Telefono nr. 0259667880.

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, la Società provvederà a restituire il premio corrisposto, al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

12. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni
Per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni da effettuarsi da parte della Società dovrà essere

preventivamente consegnata tutta la documentazione prevista dallo specifico articolo delle Condizioni contrattuali "Pagamenti della Società".

La Società effettuerà il pagamento entro 30 giorni dalla consegna di tutta la documentazione richiesta. *Ai sensi dell'art. 2952 C.C. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.*

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

14. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, e ogni documento ad esso allegato 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 scrivendo al "Servizio Clienti" - P.zza Carlo Erba, 6 - 20129 Milano, Fax numero: 025966.2519, E-mail: clienti@zurich.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 all' I.S.V.A.P. (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo quale Organo istituzionale competente ad esaminare i

reclami), Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331, 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.

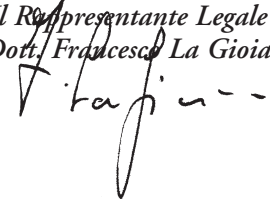
16. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna ad inviare tempestivamente al Contraente una comunicazione per qualsiasi variazione delle informazioni contenute nella presente Nota informativa.

17. Comunicazioni del Contraente alla Società

Ai sensi dell'art. 1926 c.c. in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto deve essere data tempestiva comunicazione alla Società.

Zurich Investments Life S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

Il ~~Rappresentante~~ Legale
Dott. Francesco La Gioia


condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante - tariffa 55E -

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simple di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite semprechè siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000 Euro.

La Società si impegna inoltre ad applicare, per Assicurati Non Fumatori, una riduzione del premio annuo pari al 20%; la definizione di Non Fumatore è indicata all'art. 5.

La prestazione per Assicurati Non Fumatori è operante per la sola tariffa temporanea pertanto è esclusa per eventuali prestazioni previste da garanzie complementari e dalla assicurazione aggiuntiva eventuale in caso di malattia grave.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Il rischio di morte è coperto

qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, o, trascorso detto periodo, nei premi sei mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia

sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia assicurata per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - semprechè il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari. Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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) *shock anafilattico;*
c) *infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni, nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni può essere ridotta.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del contratto, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del

contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata stabilita, ma comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

L'Assicurato è considerato soggetto Non Fumatore, qualora dichiarati e sottoscriva nella proposta all'interno del questionario anamnestico:

- di non aver mai fumato; oppure
 - alla data della conclusione del contratto, di aver smesso di fumare da almeno cinque anni.
- La Società considera valida come dichiarazione di Non Fumatore anche la documentazione sanitaria relativamente al "Controllo del dosaggio di nicotina nelle urine" (esame della cotinina).

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, relativamente alla seguente definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per un Assicurato Non Fumatore e quello per un Assicurato Fumatore.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza. L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Effettuata la liquidazione nulla è più dovuto in forza del presente contratto.

Articolo 8 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893 e 1894 del C.C.

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

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 9 Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Articolo 10

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 11

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di

polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o di vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7 ('Diritto di recesso dal contratto') richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

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

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7, cessione, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.



ZURICH

Articolo 14

Pagamenti della Società

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

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che*

hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *per gli Assicurati Non Fumatori dovrà essere consegnata, al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni da lui sottoscritte, anche la relazione del medico curante sullo stato di salute e condizioni di vita dell'Assicurato prima del decesso;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario*

è diverso dal Contraente);

- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 16

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 17

Forum competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante e a premio unico - tar. 551E

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato, definito nel simbro di polizza, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite semprechè il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000 Euro.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa sena limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi*

verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;*
- *uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce il premio versato.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia assicurata per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire una somma pari al premio versato al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari.

Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *una delle seguenti malattie infettive: 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 l'entrata in vigore della polizza;*
- c) *di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto

periodo di carenza viene esteso a cinque anni, nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni può essere ridotta.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia corrisposto il premio unico indicato in polizza.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Il pagamento del premio unico deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 5

Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la

polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 6

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Effettuata la liquidazione nulla è più dovuto in forza del presente contratto.

Articolo 7

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o

parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C.

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

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 8

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 9

Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o di vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 6 ('Diritto di recesso dal contratto') richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 10

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari

e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

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

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 6, cessione, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 11

Pagamenti della Società

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

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);*
- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizza l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli*

importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;

- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 12

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 13

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto

Articolo 14

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.



ZURICH

condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 564T

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato al momento del decesso, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempreché siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000 Euro.

La Società si impegna inoltre ad applicare, per Assicurati Non Fumatori, una riduzione del premio pari al 20%; la definizione di Non Fumatore è indicata all'art. 5.

La prestazione per Assicurati Non Fumatori è operante per la sola tariffa temporanea pertanto è esclusa per eventuali prestazioni previste da garanzie complementari e dalla assicurazione aggiuntiva eventuale in caso di malattia grave.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simple di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per la durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, o, trascorso detto periodo, nei premi sei mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce

una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia assicurata per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari. Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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) shock anafilattico;

c) infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di

immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni, nel caso di

assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui

l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni può essere ridotta.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite a

condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del pagamento dei premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento premi prevista, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

L'Assicurato è considerato soggetto Non Fumatore, qualora dichiari e sottoscriva nella proposta all'interno del questionario anamnestico:

- di non aver mai fumato; oppure
- alla data della conclusione del contratto, di aver smesso di fumare da almeno cinque anni.

La Società considera valida come dichiarazione di Non Fumatore anche la documentazione sanitaria relativamente al "Controllo del dosaggio di nicotina nelle urine" (esame della cotinina).

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, relativamente alla seguente definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale

l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per un Assicurato Non Fumatore e quello per un Assicurato Fumatore.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal



ZURICH

timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Effettuata la liquidazione nulla è più dovuto in forza del presente contratto.

Articolo 8

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C.

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

Parte III –

Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 9

Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Articolo 10

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il

Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 11

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo

in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o di vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7 ('Diritto di recesso dal contratto') richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Qualora vi sia stata una

designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7, cessione, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 14

Pagamenti della Società

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

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere*

sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al*

trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 16

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 17

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.



ZURICH

condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente mensilmente di un importo costante ed a premio annuo costante limitato - tar. 574TM

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato al momento del decesso, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite sempreché siano stati regolarmente corrisposti i premi annui convenuti alla conclusione del contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000 Euro.

La Società si impegna inoltre ad applicare, per Assicurati Non Fumatori, una riduzione del premio pari al 20%; la definizione di Non Fumatore è indicata all'art. 5.

La prestazione per Assicurati Non Fumatori è operante per la sola tariffa temporanea pertanto è esclusa per eventuali prestazioni previste da garanzie complementari e dalla assicurazione aggiuntiva eventuale in caso di malattia grave.

Il capitale assicurato, come stabilito nel simplotto di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per i mesi contenuti nella durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, o, trascorso detto periodo, nei premi sei mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;*
- *uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce

una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

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

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia assicurata per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato "periodo di carenza".

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - sempreché il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari. Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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) shock anafilattico;

c) infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni, nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni può essere ridotta.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia

regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del pagamento dei premi, indicato nella polizza.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere corrisposto nella rateazione indicata in polizza e per la durata del pagamento premi prevista, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio del primo anno anche se frazionato è dovuto per intero.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Articolo 5

Definizione di Non Fumatore

L'Assicurato è considerato soggetto Non Fumatore, qualora dichiari e sottoscriva nella proposta all'interno del questionario anamnestico:

- di non aver mai fumato; oppure
- alla data della conclusione del contratto, di aver smesso di fumare da almeno cinque anni.

La Società considera valida come dichiarazione di Non Fumatore anche la documentazione sanitaria relativamente al "Controllo del dosaggio di nicotina nelle urine" (esame della cotinina).

Nel caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, relativamente alla seguente definizione, o qualora nel corso della durata contrattuale

L'Assicurato inizi o ricominci a fumare, il capitale assicurato verrà ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per un Assicurato Non Fumatore e quello per un Assicurato Fumatore.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 6

Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 7

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal



ZURICH

timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Effettuata la liquidazione nulla è più dovuto in forza del presente contratto.

Articolo 8 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C.

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

Parte III – Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 9 Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Articolo 10 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 9 può essere riattivata entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Trascorsi 12 mesi dall'interruzione del pagamento dei premi il contratto non può più essere riattivato.

Articolo 11 Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 12 Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo

in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o di vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7 ('Diritto di recesso dal contratto') richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 13 Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un

terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 7, cessione, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 14

Pagamenti della Società

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

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario,*

amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);

- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al*

trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 15

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 16

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 17

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.



ZURICH

condizioni contrattuali dell'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente annualmente di un importo costante ed a premio unico - tar. 561E

Parte I - Oggetto del contratto

Articolo 1

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati o aventi diritto, il pagamento del capitale assicurato al momento del decesso, nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale.

Le prestazioni sono garantite semprechè il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico convenuto alla conclusione del contratto.

Il capitale assicurato non potrà risultare inferiore a 50.000 Euro. Il capitale assicurato, come stabilito nel simple di polizza, decresce di un importo costante, per quanti sono gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso dell'Assicurato; l'importo costante si ottiene dividendo il capitale iniziale per la durata contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, il contratto si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito alla Società.

La Società inoltre adempirà alle prestazioni previste dalle assicurazioni complementari, sempreché siano espressamente indicate nel documento di polizza.

Articolo 2

Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso

dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;*
- *uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico.*

In questi casi la Società restituisce il premio versato.

Articolo 3

Limitazioni della garanzia - Periodo di carenza

L'immediata copertura del rischio di morte è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, non si sia sottoposto a visita medica, la garanzia assicurata per il caso di morte viene sospesa per un periodo, della durata più avanti specificata, denominato

“periodo di carenza”.

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di carenza, la Società si limita a restituire - semprechè il contratto sia in regola con il pagamento dei premi - una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali premi per prestazioni assicurate complementari. Tale limitazione non si applica, e quindi la Società garantisce l'intera prestazione assicurata, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- a) *una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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) *shock anafilattico;*
- c) *infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.*

La durata del periodo di carenza è pari a sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome

di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni, nel caso di assicurazione senza visita medica, oppure a sette anni nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato gli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione delle suddette limitazioni può essere ridotta.

Articolo 4

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio unico indicato nella polizza.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnata il contratto o presso la Direzione della Società.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 5

Conclusione del contratto

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza

debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 6

Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. da inviare entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Effettuata la liquidazione nulla è più dovuto in forza del presente contratto.

Articolo 7

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni

assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C. L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Parte III –

Regolamentazione in corso di contratto

Articolo 8

Riscatto

Il contratto non ammette valore di riscatto.

Articolo 9

Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o di vincolo, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 6 ('Diritto di recesso dal contratto') richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Parte IV – Beneficiari e pagamenti della Società

Articolo 10

Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari e le sue



ZURICH

eventuali modifiche o revoche devono essere comunicate alla Società per iscritto o disposte per testamento.

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

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

Qualora vi sia stata una designazione irrevocabile di un terzo Beneficiario, e il beneficio sia stato accettato, l'operazione di recesso di cui al precedente articolo 6, cessione, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Articolo 11

Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati i documenti necessari a verificare.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo*

bonifico bancario, dell'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;

- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *il certificato di morte;*
- *una relazione del medico curante sulle cause del decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto presso una struttura ospedaliera e l'ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. cartella clinica di eventuali ricoveri avvenuti nei 24 mesi precedenti il sinistro o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);*
- *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
- *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da*

ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;

- *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
- *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*

Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 12

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 13

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 14

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.

condizioni contrattuali dell'assicurazione aggiuntiva in caso di malattia grave a premio annuo costante

Parte I – Oggetto del contratto

Articolo 1

Facoltà di abbinamento

Il Contraente di un'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo con periodo pagamento premi pari almeno a 5 anni ha facoltà di stipulare, contestualmente alla stessa, un'assicurazione aggiuntiva per il caso di malattia grave, per un capitale costante di ammontare consentito dalle norme in vigore al momento della sua stipulazione.

Articolo 2

Prestazioni assicurate

In base al presente contratto, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato, qualora venga diagnosticata ed accertata a carico dell'Assicurato, entro la durata del presente contratto, una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi dell'art. 7. "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata". Il diritto alla corresponsione del capitale assicurato, secondo quanto previsti all'articolo 5 matura dopo trenta giorni dalla data di insorgenza della malattia grave. Eseguito il pagamento del capitale assicurato per insorgenza di malattia grave, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato sia colpito da altra malattia grave. Il valore del capitale assicurato è indicato in polizza.

Articolo 3

Durata del contratto e rinnovo dell'Assicurazione

La durata del contratto non deve

risultare superiore a cinque anni. L'assicurazione può essere, di volta in volta, rinnovata con la stessa regola per un ulteriore periodo di durata, purchè la stessa non risulti superiore alla durata residua della temporanea in caso di morte, in tal caso il periodo coinciderà con la durata residua.

In ogni caso devono essere rispettati i limiti di età previsti dall'assicurazione.

Il rinnovo dell'assicurazione non comporterà ulteriori accertamenti dello stato di salute dell'Assicurato né sarà soggetta al periodo di carenza di sei mesi stabilito all'art. 6 a condizione che venga richiesto almeno sei mesi prima della scadenza dell'assicurazione in corso e per un capitale non superiore a quello da questa garantito.

Articolo 4

Data di insorgenza della malattia grave

Per data insorgenza della malattia grave si intende la data in cui viene diagnosticata la malattia, quale risulta dalla documentazione medica a corredo della denuncia del sinistro.

Articolo 5

Periodo di qualificazione in caso di decesso successivo alla data di insorgenza della malattia grave
Qualora, nei trenta giorni successivi alla data di insorgenza della malattia grave, si verificchi il decesso dell'Assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente assicurazione di malattia grave.

Articolo 6

Periodo di carenza in caso di assicurazione senza visita medica
Qualora l'Assicurato venga colpito

da una delle malattie gravi previste all'art. 7 "Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata", entro i sei mesi successivi alla data di conclusione del presente contratto, la Società, effettuati gli accertamenti previsti, corrisponderà in luogo del capitale assicurato in caso di malattia grave, una somma pari all'ammontare dei premi versati per la presente assicurazione, con annullamento della medesima.

La carenza non viene applicata qualora l'insorgenza della malattia grave sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio, avvenuto dopo la data di perfezionamento della presente assicurazione dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Resta comunque in facoltà dell'Assicurato di richiedere che gli venga accordata la copertura assicurativa alle condizioni tutte che regolano la presente assicurazione aggiuntiva e senza applicazione della presente clausola di carenza, purchè si sottoponga a visita medica accettando gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Articolo 7

Malattie gravi che danno diritto alla prestazione assicurata

A. Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- infarto del tessuto cerebrale,
- emorragia di vaso intracranico,



ZURICH

oppure

- c) embolizzazione da fonte extracranica.

B. Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

1. anamnesi di precordialgia tipica,
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche e
3. aumento degli enzimi cardiaci.

C. Cancro

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 (\leq 1mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo

la nuova classificazione AJCC 2002;

- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

D. Chirurgia cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. *Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.*

E. Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. *È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.*

F. Trapianto di organi principali

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

- uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;
- oppure
- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. *Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.*

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

G. Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. *La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.*

Articolo 8

Esclusioni

È esclusa dall'indennizzo l'insorgenza di malattia grave causata da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;*
- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'Assicurato,*
- *abuso di alcool, stupefacenti o farmaci;*

- *malattia in presenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV. In questi casi la Società restituisce solo i premi pagati.*

Articolo 9

Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 2 "Prestazioni assicurate" sono garantite a condizione che il Contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo indicato in polizza.

Il premio annuo è determinato applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione iniziale o del suo eventuale rinnovo, con riferimento al sesso e all'età dell'Assicurato a tali epoche ed alla durata del contratto.

Il premio annuo è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza del contratto e ad ogni successivo anniversario e deve essere riscosso nella rateazione indicata nella polizza e per la durata stabilita e comunque non oltre la data in cui sia diagnosticata la malattia grave dell'Assicurato.

Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di premio.

Ogni pagamento deve essere effettuato presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto o presso la Direzione della Società.

Parte II - Conclusione del contratto e diritto di recesso

Articolo 10

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si intende perfezionato e concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta. In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio di sottoscrizione, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o dal giorno indicato nella polizza quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.

Articolo 11

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete; dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazioni, nonché la cessazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C.. L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Articolo 12

Diritto di recesso

L'eventuale recesso dall'assicurazione per il caso di

morte libera anche per la presente assicurazione entrambe le parti da qualsiasi obbligazione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata, quale risultante dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio corso nel periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Parte III - Regolamentazione nel corso del contratto

Articolo 13

Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza costituisce - a partire da quest'ultima data - interruzione del pagamento dei premi.

A seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Articolo 14

Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

L'assicurazione, nei casi di risoluzione di cui all'art. 13 "Interruzione del pagamento dei



ZURICH

premi: risoluzione del contratto” può essere riattivata contestualmente all’assicurazione per il caso di morte entro dodici mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi. Il Contraente può riattivare il contratto pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione. La Società si riserva comunque di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione del contratto ripristina le medesime prestazioni assicurate qualora non si fosse verificata l’interruzione del pagamento dei premi.

Parte IV - Pagamenti della Società

Articolo 15

Denuncia della malattia grave
Qualora all’Assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra quelle riportate all’articolo 7, il Contraente o l’Assicurato od altra persona in loro vece, entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata R.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Articolo 16

Obblighi del Contraente e dell’Assicurato
A richiesta della Società, il

Contraente e l’Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione aggiuntiva, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società atta ad accertare l’indennizzabilità della malattia grave, nonché
- a fornire ogni ulteriore documentazione necessaria per verificare l’esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare le condizioni di salute dell’Assicurato con medici di sua fiducia.

Articolo 17

Accertamento e liquidazione della malattia grave

La Società si impegna ad accertare l’indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, richiesta a norma dei precedenti articoli 14 e 15 ed a liquidare il capitale assicurato per detto evento entro i successivi 30 giorni, decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Il decesso dell’Assicurato, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga dopo il periodo di qualificazione di 30 giorni di cui al precedente articolo 4 prima che la Società abbia accertato l’indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento dell’indennizzabilità e comporta la liquidazione del capitale assicurato. Qualora il decesso dell’Assicurato intervenuto come sopra prima dell’accertamento

dell’indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, nessuna somma è dovuta per la presente assicurazione.

Articolo 18

Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati i documenti necessari a verificare l’effettiva esistenza dell’obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

In caso di accettazione dell’indennizzabilità di malattia grave deve essere consegnata la seguente documentazione:

- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
- *denuncia, tramite lettera raccomandata R.R. da inviare alla Direzione della Società, entro 90 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la malattia grave;*
- *relazione del medico curante e documentazione sanitaria (es. cartella clinica in caso di eventuale ricovero in struttura ospedaliera) comprovante la diagnosi.*

In caso di decesso dell’Assicurato trascorso il periodo di qualificazione di 30 giorni come indicato all’articolo 4 la Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della seguente documentazione:

- *modello di richiesta di liquidazione sottoscritto da ciascun Beneficiario completa, nel caso di liquidazione a mezzo bonifico bancario, dell’indicazione degli estremi del*

- conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;*
- *originale di polizza e delle eventuali appendici;*
 - *certificato di morte corredato dalla documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessaria ad accertare la causa del decesso e il diritto alla prestazione (es. cartella clinica di eventuali ricoveri in strutture ospedaliere e relazione del medico curante o relazione delle Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente);*
 - *atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento;*
 - *copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento, qualora esistente, redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo che si conosca, è valido e non è stato*

- impugnato da alcuno;*
- *per gli eventuali Beneficiari minorenni e/o incapaci, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione degli importi spettanti ai minori e/o incapaci, ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego di questi;*
 - *documento di riconoscimento (copia) e codice fiscale degli aventi diritto (se il Beneficiario è diverso dal Contraente);*
 - *dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (privacy).*
- Decorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione sono dovuti gli interessi moratori previsti dalla Legge.*
- Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione o*

tramite la competente Agenzia della Società.

Parte V – Legge applicabile e fiscalità

Articolo 19

Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Articolo 20

Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Articolo 21

Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente il Foro nel quale si trova la residenza del Contraente.



ZURICH

condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni (applicabile alle sole tariffe 55E - 564T - 574TM)

Articolo 1

Prestazioni

In base alla presente garanzia, qualora la morte dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio, la Società pagherà ai Beneficiari designati nella polizza vita:

- il capitale aggiuntivo indicato dal simple di polizza;
- il doppio del medesimo se l'infortunio sarà conseguente ad incidente della circolazione.

Il tipo di garanzia, il capitale assicurato ed il premio corrispondente sono indicati nel simple di polizza, e l'importo del premio è compreso nel premio vita.

Articolo 2

Definizione di infortunio - Incidente della circolazione

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente:

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico, terrestre, marittimo o aereo.

L'assicurazione vale se la morte dell'Assicurato per infortunio si

verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortunio anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'articolo 3 lettera d) che segue;
- c) le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini delle presenti condizioni particolari;
- d) le lesioni (esclusi infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- e) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- f) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- g) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- h) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

- 1) delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;
- 2) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura;
- 3) di giochi ed attività sportive a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'art. 3 che segue) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, motociclistici, cicloturistici e regate veliche;
- 4) di attività sportive e relativi allenamenti, a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative Federazioni, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore.

Articolo 3

Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario, non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione. Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in*

vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio;

b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

c) gli infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, skateboard, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);

d) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di

proprie azioni delittuose dolose o ad atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

e) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;

f) gli infortuni derivanti da stato di guerra e insurrezione;

g) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

h) gli infortuni derivanti da trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 4

Estinzione dell'assicurazione
L'assicurazione complementare si estingue e i premi restano acquisiti alla Società:

a) in caso di mancato pagamento, cessazione o esonero per qualsiasi causa, del pagamento dei premi dell'assicurazione vita;

b) al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi dell'assicurazione vita.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi a) e b) che precedono, non obbliga la Società la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Articolo 5

Pagamento del capitale assicurato
Fermo restando quanto previsto dall'articolo "Pagamenti della Società", la Società pagherà il capitale della presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato mediante lettera raccomandata entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che la morte è conseguente ad infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero richieste.

Articolo 6

Richiamo alle condizioni dell'assicurazione principale

Per quanto non regolato dagli articoli precedenti valgono - nelle misure in cui sono applicabili - le Condizioni di polizza vita e le norme di legge in materia.

Non sono applicabili per questa Assicurazione Complementare:

- le limitazioni della garanzia previste dalle Condizioni di polizza di assicurazione sulla vita;
- le modalità di rivalutazione delle prestazioni.

La Società rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile.



ZURICH

glossario

Nel presente documento sono contenute e esplicate tutte le terminologie tecniche specifiche di un contratto sulla vita.

Il documento è suddiviso in cinque parti:

1. definizioni generali, ossia termini che sono utilizzati generalmente nelle polizze vita
2. definizioni relative alla polizza
3. definizioni relative al premio, ossia varie terminologie adottate per definire il premio, alle modalità di versamento e alle componenti in cui il premio può essere scomposto
4. definizioni relative alle prestazioni e alle garanzie delle polizze vita

1. Definizioni generali

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata

in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Caricamenti

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

Cessione, pegno, vincolo

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

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni contrattuali (o di assicurazione o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione e che riguardano tutti gli aspetti del contratto.

Conflitto di interessi

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

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionalmente o gravemente negligente.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritti (o interessi) di frazionamento

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tenere conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura prestata dalla Società, elencati in appositi articoli o clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fascicolo informativo

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

- nota informativa
- condizioni di assicurazione comprensive del regolamento della gestione separata
- glossario
- proposta

Impignorabilità e inalienabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposti ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tali attività.

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 al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurativo.

Nota informativa

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

Opzione

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Prestito

Somma che il Contraente può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso di interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante appendice da allegare al contratto.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla propensione al rischio.

Proposta

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

Questionario sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dell'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni di assicurazione.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'assicurato che si ricollega l'impegno della Società ad erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per far fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alla Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di

assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Tassazione separata

Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive sui redditi.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

2. Definizioni relative alla polizza

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si

impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata contrattuale, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza di assicurazione sulla vita

Contratto di assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

3. Definizioni relative al premio

Premio annuo

Importo che il Contraente si

impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio complessivo (o lordo)

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti

Premio periodico

Premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può variare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Società con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio rateizzato o frazionato

Parte del premio complessivo

risultante dalla suddivisione di questo in più parte da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in unica soluzione alla Società al momento della conclusione del contratto.

Sconto di premio

Operazione descritta nella nota informativa attraverso la quale la Società riconosce al Contraente una riduzione del premio di tariffa applicato, e quindi, di fatto, una maggiorazione delle prestazioni assicurate, in dipendenza di determinate condizioni quali il pagamento di un premio eccedente una certa soglia prefissata dalla Società stessa.

Sovrappremio

Maggiorazioni di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio

professionale o sportivo).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

4. Definizione - Prestazione e garanzie

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinare altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Prestazione assicurata

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

Prestazioni in caso di decesso

Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

Rendita vitalizia immediata in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento immediato al Beneficiario di una rendita vitalizia da corrispondere finché il Beneficiario è in vita.

Altre prestazioni e garanzie

Garanzia complementare infortuni

Copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, non obbligatorietà della prosecuzione del pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale.

Rendita vitalizia in caso di invalidità

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente, generalmente al di sopra di un determinato grado di invalidità, pagamento di una rendita vitalizia da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità, finché l'Assicurato è in vita.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando pratica sports?
Come professionista o come dilettante?
L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli?
L'Assicurando guida con continuità autocarri o autotreni di portata superiore ai 50 quintali?

Dichiarazioni sanitarie per assunzione del rischio senza visita medica e con limitazione di garanzia

1. È mai stato ricoverato in Ospedali, Case di cura, ecc. o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici...
2. Ha sofferto o soffre di malattie:
- dell'apparato respiratorio?
- dell'apparato cardiocircolatorio?
- dell'apparato digerente?
- dell'apparato genito-urinario?
- dell'apparato muscolo-scheletrico?
- del sistema nervoso o della psiche?
- del sistema endocrino metabolico?
- del sangue?
3. Ha mai sofferto di malattie che hanno richiesto una cura medica di oltre 14 giorni?
4. E' mai risultato positivo a un test o analisi speciali...
5. Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti...
6. Fuma o ha mai fumato?
7. Dichiaro: altezza e peso attuali: cm. Kg.

Dichiarazioni sanitarie per garanzia aggiuntiva MALATTIA GRAVE senza visita medica e con limitazione di garanzia

8. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione...
9. Ha praticato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici?
10. Assume abitualmente medicinali?
11. Dichiaro: pressione arteriosa: Max. Min.

DICHIARO che le informazioni fornite nella presente proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete...
PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato...

Data compilazione Firma (leggibile) del Contraente Firma (leggibile) dell'Assicurando Timbro e firma (leggibile) dell'Intermediario





PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del d. lgs 196/03

Per rispettare la legge sulla "Privacy", La/Vi informiamo sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del d. lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche).

La nostra Società, per fornire i servizi da Lei/Voi richiesti ed in Suo /Vostro favore previsti, deve acquisire o già detiene dati personali che La/Vi riguardano.

Le/Vi chiediamo pertanto di esprimere il consenso per i trattamenti di dati, eventualmente anche sensibili (1), strettamente necessari per i suddetti servizi.

Il consenso concerne anche l'attività eventualmente svolta da soggetti operanti in Italia ed all'estero (2) che collaborano con noi ed a cui pertanto comunichiamo dati o da soggetti a cui siamo tenuti a comunicare dati (soggetti tutti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"), sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei/Voi e la nostra Società (3).

I dati, forniti da Lei/Voi o da altri soggetti (v. nota 3), sono utilizzati dalla Società e dai soggetti di cui al capoverso precedente, ai quali li comunichiamo solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe/Vi i servizi sopra citati.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificatamente: aree di business life, servizi interni quali comunicazione, legale, antifrode, organizzazione, auditing, compliance, attuarato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

L'elenco completo dei responsabili è costantemente aggiornato e può essere conosciuto gratuitamente chiedendolo al Servizio sottoindicato.

Senza i Suoi/Vostri dati - alcuni dei quali li debbono essere forniti da Lei/Voi o da terzi per obbligo di legge (4) - non potremmo fornirLe/Vi i nostri servizi, in tutto od in parte.

Inoltre, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso alla Società e ad altri determinati soggetti (5) per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività (informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti) non strettamente collegate con i servizi che La/Vi riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere i nuovi servizi offerti dalla Società e dai

suddetti soggetti. Lei/Voi ha/avete il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi/Vostri dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha/avete inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiedere il blocco e di opporsi/Vi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la rispettiva Società intestataria del contratto.

Può/potete rivolgersi/Vi, per tutto ciò, al:

SERVIZIO CLIENTI
PIAZZA CARLO ERBA, 6
20129 MILANO
Tel. 02-5966.2510

NOTE

1) L'art. 4 del d. lgs n. 196/03 e successive modifiche considera sensibili, ad esempio, dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose.

2) Ai sensi del d. lgs n. 196/03 e successive modifiche, i dati potranno essere comunicati a soggetti con sede in Italia, in Paesi appartenenti all'Unione europea ed in Paesi terzi, a prescindere dal livello di protezione garantita da parte del Paese terzo di destinazione.

3) Secondo il particolare rapporto i dati vengono comunicati a taluni dei seguenti soggetti: assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori, associazioni/enti/società terzi con cui la Società abbia concluso convenzioni ed accordi anche di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; intermediari assicurativi e riassicurativi, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto (contraente, assicurati, beneficiari, ecc.); società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali, nonché per finalità di reporting; legali e medici (indicati nell'invito); banche e/o Istituti di credito per il pagamento delle liquidazioni, società di servizi informatici e telematici; società di servizi telefonici ed in particolare Innovaconsulting S.r.l. (via XXIX Novembre snc - 09124 Cagliari) per l'attività di call-center e back office; Blue Assistance S.p.A. (con sede in C.so Svizzera, 185 -

Torino) per la prenotazione presso strutture convenzionate di visite mediche ed accertamenti sanitari relativamente al business vita; Diagram APS (con sede in via D. Sansotta, 97 - Roma) per l'outsourcing amministrativo dei Fondi Pensione; Milano Servizi Integrati S.r.l. (via Fratelli Ruffini, 10 - 20123 Milano) per l'archiviazione dei contratti; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; società di recupero crediti; ANIA, organismi associativi e consorzi, ISVAP ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo (l'elenco completo dei suddetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa); soggetti o banche da cui i confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria; Magistratura, Forze di polizia ed altre Autorità pubbliche.

4) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

5) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo Zurich (Zurich Insurance Company S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Zurich Investments Life S.p.A., Zuritel S.p.A., Zurich Life Insurance Italia S.p.A., Zurich Sim S.p.A., Zurich Insurance Ireland Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia - tutte con sede in Milano Piazza Carlo Erba n. 6; Zurich Consulting S.r.l. - quest'ultima con sede in Milano, Via Maurizio Quadrio n. 17) e società del Gruppo Deutsche Bank; società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

6) Tali diritti sono previsti dall'art. 7 del d. lgs n. 196 del 2003. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse.

L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi di materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa con la quale, per rispettare la legge sulla "Privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 d. lgs 30 giugno 2003, n. 196) Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti:

Acconsento [] SI [] NO
Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

NOME E COGNOME (O DENOMINAZIONE) DEL CONTRAENTE

FIRMA (leggibile) del Contraente

Acconsento [] SI [] NO
Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

NOME E COGNOME DELL'ASSICURATO

FIRMA (leggibile) dell'Assicurato

N.B. Per i figli minorenni il consenso dovrà essere reso con l'apposizione della firma da parte dell'esercente la patria potestà.

COPIA PER LA COMPAGNIA



PAGINA NON UTILIZZABILE

PAGINA NON UTILIZZABILE

PAGINA NON UTILIZZABILE