

# RENDIMENTO più

Contratto di assicurazione di termine fisso a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e capitale rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale (Tariffa EAS)



**Il presente Fascicolo Informativo contenente:**

- Scheda sintetica
- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario
- Modulo di proposta

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

*Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota Informativa.*

## **SOMMARIO**

SCHEDA SINTETICA	Pag. 2
NOTA INFORMATIVA	Pag. 7
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	Pag. 24
CONDIZIONI AGGIUNTIVE DI ASSICURAZIONE	
- FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	Pag. 32
- PAGAMENTO DEL PREMIO (SISTEMI DI PAGAMENTO)	Pag. 33
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE ACCESSORIA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI	Pag. 34
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI	Pag. 37
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE PACCHETTO INFORTUNI	Pag. 44
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INABILITÀ CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO	Pag. 52
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI DISOCCUPAZIONE CON POSTICIPAZIONE DELLA SCADENZA CONTRATTUALE	Pag. 56
CONDIZIONI PARTICOLARI DI AGGIORNAMENTO DEL PREMIO	Pag. 58
GLOSSARIO	Pag. 60
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	Pag. 62
MODULO DI PROPOSTA	Pag. 65

## SCHEDA SINTETICA

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

**ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

**La presente scheda non sostituisce la Nota informativa. Essa mira a dare al contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto.**

#### 1) - INFORMAZIONI GENERALI

##### **1.a) Impresa di assicurazione**

La Società Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group, iscritta al Registro delle società presso il Tribunale del commercio di Vienna con il n. FN75687f, ha:

- Sede legale e direzione in Schottenring 30 • A-1010 Vienna (Austria);
- Sede secondaria per l'Italia (Rappresentanza generale) in Via Vittor Pisani 27 • I-20124 Milano (Italia)
- Direzione per l'Italia in Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • sito internet: [www.wieneritalia.com](http://www.wieneritalia.com) • e-mail: [wiener@wieneritalia.com](mailto:wiener@wieneritalia.com)

Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group opera in Italia in regime di stabilimento.

##### **1.b) Denominazione del contratto**

Rendimento Più (Tariffa EAS).

##### **1.c) Tipologia del contratto**

Assicurazione di termine fisso, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili della Società e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale (assicurazione principale).

**Le prestazioni assicurate sono contrattualmente garantite dall'impresa e si rivalutano annualmente (per le assicurazioni a premio annuo a partire dal 31 dicembre del terzo anno assicurativo) mediante attribuzione di una quota di utile derivante dalle eccedenze realizzate durante la vita del contratto.** L'ammontare della quota di utile è deliberato dal Consiglio di Amministrazione della Società.

##### **1.d) Durata**

La *durata contrattuale* può essere fissata dal Contraente, relativamente all'assicurazione principale, da un minimo di 5 a un massimo di 62 anni. La scelta della durata va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti e compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

**E' possibile esercitare il diritto di riscatto dopo il pagamento di 1, 2 o 3 annualità di premio, in base alla durata contrattuale.**

L'età all'ingresso dell'Assicurato non può essere inferiore a 18 anni né superiore ad 80 anni.

##### **1.e) Pagamento dei premi**

L'assicurazione è prestata dietro pagamento di un *premio* annuo. La durata del pagamento premi può essere inferiore o pari alla durata contrattuale, con un minimo di 5 anni e con un massimo tale che l'età a scadenza dell'Assicurato non superi i 90 anni. E' possibile frazionare il premio in rate semestrali, trimestrali.

Il *Contraente* può anche richiedere alla *Società* di collegare l'ammontare del *premio* alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT), con il minimo del 4% annuo.

Il contratto prevede un importo minimo di premio annuo di €300,00.

## 2) – CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Il presente contratto è un piano assicurativo a premio annuo che contemporaneamente permette di avere una copertura assicurativa e la costituzione a scadenza di un capitale rivalutato o, come opzione, una rendita vitalizia rivalutabile.

Una parte del premio versato dal Contraente viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto principale (rischio di mortalità); pertanto, tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto stesso, non concorre alla formazione della prestazione finale in forma di capitale che sarà erogato alla scadenza contrattuale.

Al fine di illustrare gli effetti del meccanismo di rivalutazione delle prestazioni, si rinvia alla sezione E della Nota informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e di riscatto.

La Società è tenuta a consegnare il Progetto esemplificativo in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

## 3) – PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni in forma principale:

### a) Prestazioni in caso di vita

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
- Capitale:	In caso di vita dell'assicurato alla scadenza del contratto (a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti), il pagamento del capitale assicurato ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della Società.
- Bonus finale:	In caso di vita dell'assicurato alla scadenza del contratto (a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti), il pagamento ai beneficiari designati in polizza dal Contraente di un bonus sotto forma di maggiorazione del capitale assicurato secondo una misura prefissata.

### b) Prestazioni in caso di decesso

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
- Termine fisso:	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, l'esonero dalla corresponsione dei residui premi annui a partire dalla data di decesso ed il pagamento del capitale assicurato solo alla scadenza del contratto ai beneficiari designati in polizza dal Contraente, rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della Società.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni in forma complementare, solo se indicate nella polizza:

### c) Coperture complementari/accessorie

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
<b>Assicurazione caso morte</b>	
- Capitale:	In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza, il pagamento del capitale assicurato previsto per questa assicurazione accessoria ai beneficiari designati in polizza dal Contraente.
<b>Assicurazione contro gli Infortuni</b>	
- Capitale:	In caso di decesso dell'Assicurato conseguente a infortunio, il pagamento del capitale assicurato previsto per questa assicurazione complementare ai beneficiari designati in polizza dal Contraente.

- Capitale: In caso di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 5%, il pagamento di una indennità sotto forma di capitale.

#### **Pacchetto Infortuni**

- Capitale: In caso di decesso dell'Assicurato conseguente a infortunio, il pagamento del capitale assicurato previsto per questa assicurazione complementare ai beneficiari designati in polizza dal Contraente.
- Capitale: In caso di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 5%, il pagamento di una indennità sotto forma di capitale.
- Rendita temporanea: In caso di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 50%, il pagamento di una rendita temporanea da corrispondere per dieci anni dal momento del riconoscimento dello stato di invalidità.
- Diaria da ricovero: In caso di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza il ricovero presso istituti di cura, il pagamento di una indennità sotto forma di diaria per ogni giorno di degenza.

**Esonero pagamento premi:** In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una inabilità totale al lavoro, l'esonero dal pagamento dei premi relativi alla garanzia principale per tutto il permanere dell'inabilità stessa.

**Esonero pagamento premi in caso di disoccupazione, con posticipazione della scadenza contrattuale:** In caso di disoccupazione del Contraente, l'esonero dal pagamento dei premi per una intera annualità con posticipazione di un anno della scadenza contrattuale.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni attraverso l'esercizio di opzioni da parte del Contraente:

#### **d) Opzioni contrattuali**

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
Opzione da capitale in rendita vitalizia con rimborso:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia con garanzia del rimborso del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato.
Opzione da capitale in rendita vitalizia con bonus:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia iniziale più elevata mediante anticipazione di parte degli utili previsti per il futuro con o senza garanzia di rimborso del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato.
Opzione da capitale in rendita vitalizia:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia pagabile fino a che l'Assicurato è in vita senza garanzia di rimborso del capitale residuo.
Opzione da capitale in rendita vitalizia temporanea: con o senza rimborso	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia temporanea pagabile per il numero di annualità prescelto dal Contraente con o senza garanzia del rimborso del capitale residuo.
Opzione da capitale in rendita certa e poi vitalizia:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita pagabile in modo certo per il numero di anni prescelto dal Contraente e successivamente fino a che l'Assicurato è in vita.
Opzione da capitale in rendita vitalizia reversibile:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia pagabile fino al decesso dell'Assicurato (prima testa) e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una seconda persona, l'Assicurato-designato (seconda testa), fino a che questa è in vita.

Le opzioni vengono calcolate secondo le basi tariffarie (demografiche e finanziarie) in vigore al momento della conversione della prestazione principale. Il *Contraente*, peraltro, ha la facoltà di non accettarne le condizioni, revocando

do così la richiasta.

### Garanzie offerte

Il contratto in forma principale è basato su un tasso annuo di rendimento minimo garantito del 2,25 % (tasso d'interesse tecnico) che viene riconosciuto a priori agli Assicurati nel calcolo del *premio*. Inoltre, usufruisce delle eccedenze realizzate mediante la partecipazione agli utili. La quota di utile aumenta la prestazione assicurativa prevista dal contratto. La quota di utile viene accumulata in forma di interessi fino alla scadenza del contratto. La quota di utile viene accreditata annualmente il 31 dicembre (il primo accredito avviene per le assicurazioni a premi annui il 31 dicembre del terzo anno assicurativo) previa detrazione del tasso d'interesse tecnico.

Pertanto il tasso annuo di rendimento riconosciuto agli assicurati si compone del tasso d'interesse tecnico previsto dalla tariffa e dalla quota di utile accreditata annualmente, al netto di detto tasso tecnico.

L'ammontare della quota di utile è deliberato dagli Organi della Società. Il diritto alla quota di utile scaturisce da tali delibere e rimane definitivamente acquisito. Tuttavia, in caso di risoluzione anticipata del contratto, mediante sospensione pagamento premi o riscatto, la quota di utile è ridotta in base a un fattore di diminuzione deciso dal Consiglio di Amministrazione della Società.

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Il Contraente sopporta infatti il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

**In caso di mancato pagamento del numero minimo di annualità di premio, il Contraente perde quanto versato.**

**Maggiori informazioni sono fornite in Nota informativa alla sezione B. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli articoli 1 (prestazione assicurata), 2 (opzioni alla scadenza), 3 (prestazioni accessorie e complementari), 9 (interruzione del pagamento dei premi), 11.1 (riduzione e riscatto) e 19 (partecipazione agli utili) delle condizioni generali di assicurazione.**

## 4) – COSTI

L'impresa, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla sezione C.

I costi gravanti sui premi riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato, secondo criteri stabiliti dall'ISVAP, l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo".

Il "Costo percentuale medio annuo" indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

A titolo di esempio, se per una durata del contratto pari a 15 anni il "Costo percentuale medio annuo" del 10° anno è pari all'1%, significa che i costi complessivamente gravanti sul contratto in caso di riscatto al 10° anno riducono il potenziale tasso di rendimento nella misura dell'1% per ogni anno di durata del rapporto assicurativo. Il "Costo percentuale medio annuo" del 15° anno indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento in caso di mantenimento del contratto fino a scadenza.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su livelli prefissati di premio, durate, età e sesso dell'assicurato ed impiegando un'ipotesi di rendimento che è soggetta a discostarsi dai dati reali.

Il "Costo percentuale medio annuo" è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi delle coperture complementari e/o accessorie.

**Il "Costo percentuale medio annuo" è stato determinato sulla base di un'ipotesi di tasso di rendimento degli attivi stabilito dall'ISVAP nella misura del 4% annuo ed al lordo dell'imposizione fiscale.**

### Indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo"

Premio annuo: € 750

Sesso ed età: Maschio - 50 anni

Durata: 15 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	14,70%
10	4,97%
15	1,35%

Premio annuo: € 1.500

Sesso ed età: Maschio - 50 anni

Durata: 15 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	14,70%
10	4,97%
15	1,35%

Premio annuo: € 3.000

Sesso ed età: Maschio - 50 anni

Durata: 15 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	14,70%
10	4,97%
15	1,35%

Premio annuo: € 750  
Sesso ed età: Maschio - 45 anni  
Durata: 20 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	18,99%
10	6,08%
15	3,19%
20	1,00%

Premio annuo: € 1.500  
Sesso ed età: Maschio - 45 anni  
Durata: 20 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	18,99%
10	6,08%
15	3,19%
20	1,00%

Premio annuo: € 3.000  
Sesso ed età: Maschio - 45 anni  
Durata: 20 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	18,99%
10	6,08%
15	3,19%
20	1,00%

Premio annuo: € 750  
Sesso ed età: Maschio - 40 anni  
Durata: 25 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	23,65%
10	7,19%
15	3,69%
20	2,32%
25	0,78%

Premio annuo: € 1.500  
Sesso ed età: Maschio - 40 anni  
Durata: 25 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	23,65%
10	7,19%
15	3,69%
20	2,32%
25	0,78%

Premio annuo: € 3.000  
Sesso ed età: Maschio - 40 anni  
Durata: 25 anni

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	23,65%
10	7,19%
15	3,69%
20	2,32%
25	0,78%

**Il “Costo percentuale medio annuo” in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.**

## 5) – ILLUSTRAZIONE DEI DATI STORICI DI RENDIMENTO

In questa sezione è rappresentato il rendimento, realizzato per mezzo della partecipazione agli utili della Società negli ultimi 5 anni, riconosciuto agli assicurati annualmente che si compone del tasso tecnico previsto dalla tariffa e delle relative quote di utile. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni	Rendimento riconosciuto agli assicurati	Inflazione
2004	3,59%	4,000%	2,0%
2005	3,16%	4,000%	1,7%
2006	3,86%	4,000%	2,0%
2007	4,41%	4,000%	1,7%
2008	4,46%	4,500%	3,2%

**Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.**

## 6) – DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota informativa.

La Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenute nella presente Scheda sintetica.

**Paolo Masci**

Il Rappresentante Generale



# NOTA INFORMATIVA

(Tariffa EAS • mod. 320A - ed. 06/2009)

## 1. PREMESSA

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

Essa ha lo scopo di fornire al Contraente le informazioni necessarie a sottoscrivere consapevolmente il contratto di assicurazione.

La Nota Informativa si articola in cinque sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE SULLE GARANZIE OFFERTE E SUI RISCHI FINANZIARI
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- E. PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

## A) - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1 – Informazioni generali

La Società Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group, iscritta al Registro delle società presso il Tribunale del commercio di Vienna con il n. FN75687f, ha:

- Sede legale e direzione in Schottenring 30 • A-1010 Vienna (Austria);
- Sede secondaria per l'Italia (Rappresentanza generale) in Via Vittor Pisani 27 • I-20124 Milano (Italia)
- Direzione per l'Italia in Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • sito internet: [www.wieneritalia.com](http://www.wieneritalia.com) • e-mail: [wiener@wieneritalia.com](mailto:wiener@wieneritalia.com)

Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group opera in Italia in regime di stabilimento.

**La Società investe il premio in attivi consentiti dalla Normativa Austriaca in materia di assicurazione vita. La Società infatti è sottoposta al controllo dell'Organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria: Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) • Praterstrasse 23 • A-1020 Vienna. Pertanto, i premi possono essere investiti anche in attivi non consentiti dalla Normativa Italiana in materia di assicurazioni sulla vita.**

La società di revisione è la KPMG Alpen-Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft con sede in Kolingasse 19 - A 1090 Vienna.

## B) - INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE SULLE GARANZIE OFFERTE E SUI RISCHI FINANZIARI

### 2 – Prestazioni assicurative e garanzie offerte

#### Prestazioni principali

L'assicurazione principale consiste in una assicurazione di termine fisso, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili della Società e Bonus Finale, a premi costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale.

La prestazione principale consiste:

- a) in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del contratto, purché siano stati pagati i premi contrattualmente pagati:
  - nel pagamento del capitale assicurato indicato nella polizza rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della Società;
  - ove spettante, in un premio di fedeltà denominato Bonus Finale;



- b) in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto: nell'esonero pagamento dei premi annui dalla data del decesso fino alla scadenza e nel pagamento solo alla scadenza del contratto del capitale assicurato indicato nella polizza rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della Società;

### **Durata**

La *durata contrattuale* può essere fissata da un minimo di 5 a un massimo di 62 anni. L'età all'ingresso dell'Assicurato non può essere inferiore a 18 anni né superiore ad 80 anni.

La scelta della durata va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti e compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

### **Garanzia**

Il contratto in forma principale è basato su un tasso annuo di rendimento minimo garantito del 2,25 % (tasso d'interesse tecnico) che viene riconosciuto a priori agli Assicurati nel calcolo del *premio*.

La Società garantisce il capitale assicurato indicato in polizza purché vengano pagati tutti i premi pattuiti.

Parte del premio versato dal Contraente viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto principale (rischio di mortalità); pertanto, la prestazione liquidabile a scadenza è il risultato della capitalizzazione delle somme versate per la sola assicurazione principale, al netto dei costi e della predetta parte di premio per le coperture di puro rischio.

### **Accertamenti sanitari**

L'assunzione del rischio di premorienza richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Tale accertamento può essere effettuato attraverso l'esame del questionario sullo stato di salute, qualora l'entità del capitale e l'età dell'Assicurato lo permettano, ovvero attraverso la sottoposizione dello stesso alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

### **Periodo di carenza**

Qualora l'Assicurato preferisca non sottoporsi a visita medica (sempre che la Società non la ritenga indispensabile), l'efficacia della garanzia risulta ridotta per alcuni mesi, tranne che per la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) la cui carenza è di cinque anni.

### **Limitazione della garanzia**

Nelle *condizioni* di assicurazione sono riportati gli eventi esclusi dall'assicurazione ovvero gli eventi al verificarsi dei quali la prestazione assicurativa è limitata.

### **Prestazioni accessorie e complementari**

Il *Contraente* può chiedere alla Società di integrare l'assicurazione principale con una o più fra le assicurazioni accessorie e complementari di seguito indicate.

Le assicurazioni accessorie e/o complementari sono operanti solo se espressamente indicate in polizza. A dette assicurazioni si applicano le condizioni previste per l'assicurazione principale in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle condizioni applicabili a ciascuna assicurazione accessoria o complementare.

- Assicurazione accessoria per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti (tariffa ZK):

garantisce la prestazione di un capitale in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza della polizza. Il capitale dell'assicurazione accessoria rimane costante fino alla data di scadenza prestabilita (anche ove il *Contraente* abbia richiesto l'aggiornamento del *premio* dell'assicurazione principale); a tale data l'assicurazione accessoria si estingue e i premi pagati restano acquisiti alla Società. L'assicurazione, inoltre, si estingue e i relativi premi restano acquisiti alla Società: in caso di interruzione del pagamento dei relativi *premi*; in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale; alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie il 75° anno di età.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e l'assicurazione accessoria rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione accessoria non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto.

Dall'Assicurazione è escluso il caso di morte causato da:

- a) attività dolosa del *Contraente* o del *Beneficiario*;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, nonché a tumulti popolari, insurrezioni, disordini in qualità di agitatore;

- d) 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.);
- e) suicidio, se avvenuto nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- f) catastrofe nucleare;
- g) attività sportiva pericolosa non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della *proposta* di assicurazione o intrapresa, senza averne dato comunicazione alla *Società*, successivamente a tale momento;
- h) partecipazione a gare o allenamenti su veicoli terrestri, marittimi e aerei.

In questi casi, ad eccezione della morte causata da attività dolosa del *Beneficiario*, la *Società* paga il solo importo della riserva matematica dell'assicurazione accessoria calcolato alla data del decesso.

La piena copertura assicurativa 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*, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, la garanzia assicurativa viene sospesa per un periodo della durata di mesi sei dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante detto periodo, denominato periodo di carenza, in caso di morte dell'*Assicurato*, la *Società* si impegna a restituire – sempre che il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi – la somma dei premi versati per l'assicurazione accessoria, al netto di eventuali imposte.

La predetta limitazione non ha effetto qualora l'evento avvenga per conseguenza diretta:

- 1) di una delle seguenti *malattie* infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica;
- 2) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- 3) di *infortunio* avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, fermo quanto previsto alle precedenti lettere da a) ad h) del presente paragrafo.

Il periodo di carenza è di cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso dell'*Assicurato* sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. In tale evenienza, la *Società* paga l'importo della riserva matematica dell'assicurazione accessoria alla data del decesso.

- Assicurazione complementare contro gli Infortuni” (tariffa 9A/9B):

garantisce, purché siano pagati i relativi premi, le prestazioni di:

- un capitale per il caso di morte da infortunio;
- una indennità, calcolata sulla somma assicurata, per il caso di invalidità permanente superiore al 5% conseguente ad infortunio; se l'invalidità permanente conseguente da infortunio è superiore al 50%, sulla quota eccedente la prestazione viene raddoppiata;

L'assicurazione complementare si estingue e i relativi premi restano acquisiti alla *Società*: in caso di interruzione del pagamento dei relativi *premi*; in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale; alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età; in caso di recesso da parte della *Società* dopo ogni denuncia di sinistro.

Qualora l'assicurazione principale, estinta o franca da premi, venga riattivata e l'assicurazione accessoria rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Essa inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili della *Società*.

L'Assicurazione non copre gli infortuni:

- a) subiti in seguito a fatti bellici di qualsiasi genere.
- b) derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* è privo della prescritta abilitazione;

- c) derivanti dalla *pratica*, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- d) conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) 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 come membro dell'equipaggio o se esercita un'attività lavorativa comunque collegata all'aeromobile. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.);
- f) che siano conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- g) subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da *infortunio* indennizzabile ai sensi delle condizioni dell'assicurazione complementare;
- i) derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- j) provocati da infarto cardiaco; l'infarto cardiaco, non è mai riconosciuto quale conseguenza di *infortunio*;
- k) conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- l) derivanti dalla partecipazione volontaria e attiva dell'*Assicurato* a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari.

Il suicidio non è mai riconosciuto come *infortunio*.

L'assicurazione non vale per la *pratica* dei seguenti sport:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei e motonautici in genere.

L'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare e relative prove e allenamenti esclusivamente per i seguenti sport, ma alla duplice condizione che le corse e le gare non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti o in modo da costituire, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'*Assicurato*: baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis.

Le malattie non sono mai riconosciute come *infortunio*; le malattie infettive non sono riconosciute quali conseguenza di un *infortunio*.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicomanie, AIDS, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti.

Non sono altresì assicurabili le persone che risultino colpite da invalidità permanente di grado superiore al 50% né le persone permanentemente inabili al lavoro. Sussiste inabilità lavorativa totale allorquando, in seguito a malattia o infermità, da un punto di vista medico non si può ritenere l'*Assicurato* in grado di svolgere un'attività lavorativa. Anche in tale caso l'inabilità non sussiste se l'*Assicurato* continui effettivamente a lavorare.

Si conviene infine che le persone affette da infermità gravi e permanenti, da mutilazioni o difetti fisici rilevanti, sono assicurabili solo previo consenso della *Società*.

- Assicurazione complementare "Pacchetto Infortuni" (tariffa SA/... / SE):

garantisce, purché siano pagati i relativi premi, le prestazioni di:

- un capitale per il caso di morte da infortunio;
- una indennità, calcolata sulla somma assicurata, per il caso di invalidità permanente superiore al 5% conseguente ad infortunio; se l'invalidità permanente conseguente da infortunio è superiore al 50%, sulla quota eccedente la prestazione viene raddoppiata;
- se l'invalidità permanente conseguente da infortunio è superiore al 50%, una rendita vitalizia temporanea con il massimo di 10 anni;
- una diaria giornaliera da ricovero in seguito a infortunio per un massimo di 365 giorni;

L'assicurazione complementare si estingue e i relativi premi restano acquisiti alla *Società*: in caso di interruzione del pagamento dei relativi *premi*; in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicu-

razione principale; alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età; in caso di recesso da parte della Società dopo ogni denuncia di sinistro.

Qualora l'assicurazione principale, estinta o franca da premi, venga riattivata e l'assicurazione accessoria rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Essa inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili della Società.

L'Assicurazione non copre gli infortuni:

- a) subiti in seguito a fatti bellici di qualsiasi genere.
- b) derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* è privo della prescritta abilitazione;
- c) derivanti dalla *pratica*, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- d) conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) 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 come membro dell'equipaggio o se esercita un'attività lavorativa comunque collegata all'aeromobile. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.);
- f) che siano conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- g) subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da *infortunio* indennizzabile ai sensi delle condizioni dell'assicurazione complementare;
- i) derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- j) conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- k) derivanti dalla partecipazione volontaria e attiva dell'*Assicurato* a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari.

Il suicidio non è mai riconosciuto come *infortunio*.

L'assicurazione non vale per la *pratica* dei seguenti sport:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canioning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei e motonautici in genere.

L'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare e relative prove e allenamenti esclusivamente per i seguenti sport, ma alla duplice condizione che le corse e le gare non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti o in modo da costituire, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'*Assicurato*: baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis.

Le malattie non sono mai riconosciute come *infortunio*; le malattie infettive non sono riconosciute quali conseguenza di un *infortunio*.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicomanie, AIDS, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti.

Non sono altresì assicurabili le persone che risultino colpite da invalidità permanente di grado superiore al 50% né le persone permanentemente inabili al lavoro. Sussiste inabilità lavorativa totale allorquando, in seguito a malattia o infermità, da un punto di vista medico non si può ritenere l'*Assicurato* in grado di svolgere un'attività lavorativa. Anche in tale caso l'inabilità non sussiste se l'*Assicurato* continui effettivamente a lavorare.

Si conviene infine che le persone affette da infermità gravi e permanenti, da mutilazioni o difetti fisici rilevanti, sono assicurabili solo previo consenso della Società.

- Assicurazione complementare dell'esonero dal pagamento dei premi in caso di inabilità conseguente a malattia o infortunio (tariffa 9E/9I):

garantisce l'esonero dal pagamento dei premi, ferma restando la piena operatività del contratto, in caso di inabilità totale dell'Assicurato al lavoro per un periodo prolungato in conseguenza di malattia o infortunio, a partire dal 43° giorno di inabilità lavorativa ininterrotta e per tutto il permanere della stessa.

Il termine "Assicurato" designa la persona fisica del Contraente (se diverso dall'Assicurato dell'assicurazione principale) che non abbia superato i 50 anni di età al momento della conclusione del presente contratto a favore della quale è operante la garanzia complementare .

L'assicurazione complementare ha la stessa decorrenza e scadenza dell'assicurazione principale .

In ogni caso l'assicurazione complementare cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie il 65° anno di età .

Raggiunto tale limite di età, l'assicurazione complementare cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa opporsi l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti, al netto delle eventuali imposte.

L'assicurazione complementare si estingue e i relativi premi restano acquisiti alla Società, in caso di interruzione o cessazione per qualsiasi causa del pagamento del premio dell'assicurazione principale e/o complementare, salvo il caso di esonero; alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie il 65° anno di età.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e l'assicurazione complementare rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Essa inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili della Società.

L'assicurazione complementare non copre la perdita parziale della capacità lavorativa e non copre altresì le conseguenze di:

- a) autolesionismo intenzionale o lesioni riportate con colpa grave, tentato suicidio;
- b) malattie contratte o ferite riportate in seguito alla partecipazione a eventi bellici o alla partecipazione attiva a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari;
- c) malattie e perdita di forze intenzionalmente procurate;
- d) delitti dolosi commessi dall'Assicurato.

L'Assicurazione non copre inoltre le malattie o le lesioni causate da:

- e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) pratica, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) esercizio dell'attività di pilota di qualunque tipo di mezzo aereo;
- i) utilizzo, anche come trasportato, di aeromobili speciali quali ad esempio: parapendii, deltaplani, mongolfiere, ultraleggeri e simili, nessuno escluso o eccettuato;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- k) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), catastrofe nucleare.

L'assicurazione non vale per la pratica dei seguenti sport:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idroscì, canoa fluviale, canyoning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei e motonautici in genere, vela d'altura.

- Garanzia dell'esonero pagamento premi in caso di disoccupazione, con posticipazione della scadenza contrattuale:

Garantisce, in caso di disoccupazione del Contraente (che non abbia compiuto 35 anni di età al momento della conclusione del contratto), l'esonero dal pagamento dei premi per una intera annualità con posticipazione di un anno della scadenza contrattuale.

A partire dal terzo anno assicurativo, in caso di disoccupazione, la persona assicurata può richiedere di essere

esonerata, per l'esatta durata di un anno, dal pagamento dei premi per l'assicurazione principale e per l'assicurazione accessoria caso morte eventualmente compresa nel contratto.

Per tutta la durata sopra stabilita, la garanzia dell'assicurazione principale per il caso morte rimane invariata e operante. Rimane altresì operante l'eventuale assicurazione aggiuntiva temporanea per il caso di morte (assicurazione di rischio) fino a concorso di una somma massima pari al 50% della somma assicurata in base all'assicurazione principale.

Le garanzie di eventuali assicurazioni infortuni e di altre assicurazioni complementari non sono operanti nell'annualità di esonero.

Per la durata stabilita dell'esonero, l'eventuale clausola di indicizzazione del premio non comporta alcun ulteriore aumento del premio convenuto.

Durante l'anno di esonero il contratto non beneficia dell'assegnazione di quote di utili.

Trascorso l'anno di esonero dal pagamento del premio, il contratto – prolungato di un anno – prosegue come da stato iniziale precedente l'esonero. La scadenza contrattuale si posticipa di un anno.

### **Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

**Si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario necessario per la corretta valutazione del rischio da parte della Società.**

## **3 – Premi**

### **Premio**

L'entità del *premio* annuo, che viene scelta dal *Contraente* in relazione alle proprie esigenze in termini di prestazioni assicurate, dipende da una serie di elementi: il capitale assicurato, la *durata* del periodo di pagamento premi, durata del contratto, il sesso e l'età dell'*Assicurato*, il suo stato di salute, le sue abitudini di vita e l'attività professionale svolta.

### **Premio alla conclusione del contratto**

Il premio dovuto alla conclusione del contratto deve essere pagato per mezzo di bonifico bancario su un conto della *Società* indicato in proposta ovvero per mezzo di assegno bancario o circolare, tratto o emesso all'ordine di

#### **WIENER STÄDTISCHE A.G.**

barrato e reso non trasferibile, consegnato, per l'inoltro alla *Società*, all'Agenzia presso la quale è stato stipulato il contratto ovvero inviato direttamente alla *Società*. **La Società non risponde in nessun caso di assegni emessi a favore di un beneficiario diverso da "WIENER STÄDTISCHE A.G." né di pagamenti effettuati con mezzi diversi, senza preventivo benestare, dall'assegno bancario o circolare o dal bonifico.**

Il pagamento si intende effettuato alla data di ricevimento da parte della Società della comunicazione di accredito o del titolo, salvo il buon fine degli stessi.

### **Premi diversi da quello pagato alla conclusione del contratto**

Il pagamento dei *premi* successivi a quello dovuto alla conclusione del contratto deve essere effettuato mediante uno dei seguenti sistemi:

- a) sistema R.I.D. (Rimessa Interbancaria Diretta), con autorizzazione permanente di addebito su un conto corrente bancario intestato al *Contraente* o ad altra persona, con valuta certa a favore della *Società*.

Le rimesse attraverso il sistema RID vengono considerate come ricevute dalla Società se la banca non evidenzia l'insoluto. In tale caso, fatta comunque salva la facoltà di rettifica della Società per il caso di errori nell'allineamento dei dati, il pagamento viene convenzionalmente considerato come effettuato alle ore 24 della data di scadenza della rata cui si riferisce;

- b) sistema MAV bancario, con bollettini pagabili presso tutte le banche e presso tutti gli uffici postali, inviati al domicilio del *Contraente* a cura della Società. Ogni pagamento a mezzo sistema MAV viene considerato come avvenuto alle ore 24 del giorno risultante dal timbro datario apposto dalla banca o dall'ufficio postale sulla ricevuta di spettanza del *Contraente*.

Nel caso di rate insolute, sempre che il *Contraente* non intenda avvalersi della facoltà di ridurre la prestazione, il premio o i premi scaduti debbono essere pagati per mezzo di assegno bancario o circolare ovvero di bonifico bancario intestato come sopra indicato. Il pagamento si intende effettuato alla data di ricevimento da parte della Società della comunicazione di accredito o del titolo, salvo il buon fine degli stessi.

### **Durata del pagamento premi**

L'assicurazione è prestata dietro pagamento di un *premio* annuo; la durata del pagamento premi può essere pari o abbreviata rispetto alla durata contrattuale e può essere fissata da un minimo di 5 ad un massimo di 62 anni, purché l'età a scadenza dell'Assicurato non superi 90 anni.

Il *premio* deve essere versato alla *Società* per tutta la durata prevista ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. Il *premio* di primo anno, anche se frazionato in più rate, è sempre dovuto per intero. **In caso di frazionamento del premio annuo, il Contraente deve corrispondere un diritto di frazionamento nelle misure previste al successivo punto 6.1.1.**

Poiché il *premio* annuo è sempre costante, in presenza di inflazione di un certo rilievo, gli effetti negativi del fenomeno potrebbero essere protetti solo parzialmente dall'assicurazione.

### **Aggiornamento del premio in base alla variazione dei prezzi al consumo**

Per ridurre gli effetti dell'inflazione, il *Contraente* può richiedere alla *Società* di collegare il *premio* alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. (ISTAT). L'aggiornamento del *premio* determina, di riflesso, un incremento della prestazione.

L'aumento del *premio* viene impiegato dalla *Società* quale *premio* unico d'inventario di una prestazione aggiuntiva in base alla tariffa dell'assicurazione principale, all'età dell'Assicurato al momento dell'aggiornamento e alla *durata* residua del contratto, senza previa verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Ciascuna prestazione aggiuntiva si somma a quella delle altre prestazioni aggiuntive già attribuite per effetto di precedenti aggiornamenti e a quella della prestazione principale.

L'aggiornamento delle assicurazioni complementari è regolato dall'articolo 5.2 delle “*Condizioni particolari di aggiornamento del premio*”.

Al termine di ogni anno assicurativo, la *Società* rilascia un'appendice alla *polizza* nella quale sono riportati il *premio* per il successivo anno assicurativo e le nuove prestazioni assicurate.

Il *Contraente* può rifiutare l'aggiornamento anche per mezzo della restituzione alla *Società* della detta appendice entro 1 mese dal ricevimento della medesima. In caso di rifiuto dell'aggiornamento per due anni consecutivi la richiesta di aggiornamento si intende decaduta.

L'aggiornamento decade altresì:

- in caso di ritardo di oltre 3 mesi nel pagamento del *premio*;
- oppure in seguito a esonero dal pagamento dei premi ai sensi delle *Condizioni particolari* che regolano tali assicurazioni complementari.

L'aggiornamento del *premio* è concedibile:

- se il *premio* annuo sia non inferiore a €240,00;
- se l'incremento del premio annuo sia almeno pari al 4% del premio stesso.

### **Numero delle annualità di premio da versare per la maturazione dei diritti di riscatto e di riduzione**

Qualora risultino versate:

- una annualità di premio (se il contratto ha una durata contrattuale inferiore o uguale a dieci anni);
- due annualità di premio (se il contratto ha una durata contrattuale superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a venti anni);
- tre annualità di premio (se il contratto ha una durata contrattuale superiore a 20 anni)

il *Contraente* può richiedere alla *Società* la risoluzione del contratto e la liquidazione del valore di riscatto ovvero di lasciare in vigore il contratto stesso senza il pagamento di ulteriori premi, per una prestazione ridotta. **Qualora il valore di riscatto calcolato sulla prestazione ridotta sia inferiore a €100,00, in luogo della riduzione verrà corrisposto il valore di riscatto.**

**In caso di mancato pagamento del numero minimo di annualità di premio da versare sopra indicate, il Contraente perde quanto versato.**

## **4 – Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili**

### **Partecipazione agli utili**

Le assicurazioni sulla vita consistono generalmente in contratti assicurativi di lunga durata. Per assicurare il riconoscimento della prestazione per l'intera *durata contrattuale*, i premi vengono calcolati sulla base di stime prudenziali. Tali stime riguardano soprattutto i redditi da capitale (interessi) e la mortalità. Il calcolo prudente dei premi produce regolarmente eccedenze.

Il *Contraente* usufruisce delle eccedenze realizzate, mediante la partecipazione agli utili della Società. La ripartizione delle eccedenze avviene mediante classi di utile e, all'interno di queste, mediante classi di attribuzione dei contratti in cui sono raggruppati tutti i contratti assicurativi dello stesso tipo. La classe di utile e la classe di attribuzione valevoli per un determinato contratto assicurativo sono indicate nella *polizza*.

### **Riconoscimento dell'utile**

Le quote di utile vengono accreditate annualmente il 31 dicembre. Il primo accredito avviene, per le assicurazioni a premi annui, il 31 dicembre del terzo anno assicurativo.

L'ammontare della quota di utile è deliberato dagli Organi della Società. Il diritto alla quota di utile scaturisce da tali delibere e rimane definitivamente acquisito.

Tuttavia, in caso di risoluzione anticipata del contratto, mediante sospensione pagamento premi o riscatto, la quota di utile è ridotta in base a un fattore di diminuzione deciso dal Consiglio di Amministrazione della Società. Le indicazioni delle quote degli utili deliberate prima della risoluzione anticipata del contratto sono basate su stime e su modelli di calcolo, fondati sulla situazione del momento in cui viene effettuata la stima o calcolato il modello; tali indicazioni non sono quindi vincolanti ai fini della determinazione del valore di riduzione o di riscatto.

La partecipazione agli utili effettivamente riconosciuta dipende unicamente dalle eccedenze realizzate durante la vita del contratto.

### **Calcolo**

La quota di utile assegnata al contratto si compone di una quota di utile da interessi e di una quota di utile da capitale.

La quota di utile da interessi si calcola percentualmente sulla riserva matematica prevista dalla tariffa dell'assicurazione principale all'inizio dell'anno assicurativo in corso.

La quota di utile da capitale si calcola in millesimi della somma assicurata per il caso di morte, senza considerare le eventuali assicurazioni accessorie e complementari.

La misura delle quote di utile, da interesse e da capitale, è pubblicata nella Relazione al bilancio di esercizio.

Le quote di utile per interessi vengono assegnate fino alla scadenza del contratto.

Le quote di utile da capitale vengono riconosciute solo ai contratti a premi periodici e solo fino alla giornata contabile in cui anche i premi vengono regolarmente corrisposti

### **Rivalutazione della prestazione**

La quota di utile, da interesse e da capitale, aumenta la prestazione assicurativa prevista dal contratto. La detta quota di utile viene accumulata in forma di interessi fino alla scadenza del contratto. Gli interessi vengono accreditati annualmente il 31 dicembre previa detrazione del tasso d'interesse tecnico.

La quota di utile da interessi si calcola in base al rendimento degli investimenti della Società previa opportuna detrazione del tasso d'interesse tecnico previsto dalla tariffa; quindi il rendimento annuo complessivo riconosciuto sul contratto si compone del tasso d'interesse tecnico, della quota di utile da interessi e di quella da capitale.

### **Bonus finale**

In caso di vita dell'*Assicurato* alla scadenza contrattuale, il contratto beneficia, purché i premi siano stati interamente corrisposti fino alla scadenza del periodo pattuito, di una quota dell'utile finale denominata "Bonus Finale". Il Bonus Finale viene calcolato percentualmente sulla riserva matematica prevista dal contratto per il caso di vita. La percentuale è determinata dalle delibere adottate in proposito dai competenti Organi della Società, in analogia con quanto indicato al precedente punto "Riconoscimento dell'utile".

### **Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata**

Al fine di illustrare più compiutamente gli effetti del meccanismo di rivalutazione delle prestazioni, si rinvia alla sezione E della Nota Informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e di riscatto.

La Società si impegna, inoltre, a consegnare al Contraente, al più tardi al momento della conclusione del contratto, il Progetto personalizzato.

## **5 – Opzioni contrattuali**

### **Opzioni a scadenza**

L'opzione può essere esercitata 90 giorni prima della scadenza contrattuale purché l'*Assicurato* sia in vita. La Società, su richiesta del *Contraente*, può convertire la prestazione principale in una delle forme di *rendita vitalizia* elencate nell'art. 2 delle *Condizioni generali di assicurazione*:



- a) una *rendita vitalizia* con garanzia del rimborso del capitale residuo in caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della *rendita*;
- b) una *rendita vitalizia* senza garanzia di rimborso del capitale residuo, in caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della *rendita*;
- c) una *rendita vitalizia* di maggiore importo, mediante anticipazione di parte degli utili previsti per il futuro, denominata "*Rendita con Bonus*", con o senza garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante l'erogazione della *rendita*;
- d) una *rendita vitalizia* temporanea, cioè erogabile per un numero prestabilito di annualità, con o senza garanzia di rimborso del capitale residuo in caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della *rendita*;
- e) una *rendita* garantita per un numero prestabilito di annualità e successivamente vitalizia;
- f) una *rendita vitalizia* su due teste da corrispondersi fino al decesso dell'Assicurato (prima testa) e successivamente reversibile in misura totale o parziale, fino a che sia in vita l'Assicurato-designato (seconda testa).

Nessuna delle suddette forme di *rendita* può essere riscattata durante l'erogazione.

Le opzioni vengono calcolate secondo le basi tariffarie (demografiche e finanziarie) in vigore al momento della conversione della prestazione principale. Il *Contraente*, peraltro, ha la facoltà di non accettarne le condizioni, revocando così la richiesta.

La Società si impegna a fornire per iscritto all'avente diritto – al più tardi 60 giorni prima della data prevista per l'esercizio dell'opzione – una descrizione sintetica di tutte le opzioni esercitabili, con l'evidenza dei relativi costi e condizioni economiche. Qualora l'avente diritto manifesti il proprio interesse ad una delle suddette opzioni a scadenza, la Società s'impegna a trasmettere, prima dell'esercizio dell'opzione, la Scheda sintetica, la Nota Informativa e le Condizioni di assicurazione relative alle coperture assicurative dell'opzione scelta.

## C) – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

### 6 – Costi

#### 6.1 – Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### 6.1.1 – Costi gravanti sul premio

I premi annui non sono gravati da spese di emissione né da diritti di quietanza.

Spese di emissione	Diritti di quietanza
€0,00	€0,00

In caso di recesso esercitato dal *Contraente* entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto, la Società si riserva il diritto di recuperare le spese effettive sostenute per l'emissione della polizza, quantificate in Euro 30,00.

Su ciascun premio grava una quota delle commissioni d'acquisto del contratto (pari all'8% della somma dei premi annui), le commissioni d'incasso del premio stesso, le spese di gestione pari ad una percentuale del capitale assicurato alla scadenza contrattuale.

Poiché i suddetti costi sono in funzione della durata del contratto, del sesso e dell'età dell'assicurato si riportano di seguito in forma tabellare i costi gravanti su ciascun premio, espressi in percentuale del premio annuo di tariffa :

		Maschi						
		Classi di durata* espressa in anni						
Classi di età		5-8	9-12	13-15	16-18	19-21	22-23	24-25
		20-35	13.7%	14.1%	14.6%	15.0%	15.4%	15.7%
36-45	13.8%	14.2%	14.7%	15.2%	15.6%	16.0%	16.3%	
46-48	13.8%	14.3%	14.9%	15.4%	15.9%	16.3%	16.7%	
49-50	13.8%	14.3%	14.9%	15.5%	16.0%	16.4%	16.9%	
51-53	13.9%	14.4%	15.0%	15.6%	16.2%	16.7%	17.2%	
54-55	13.9%	14.4%	15.1%	15.7%	16.4%	16.9%	17.4%	
56-58	14.0%	14.5%	15.3%	16.0%	16.7%	17.3%	17.9%	
59-60	14.0%	14.6%	15.4%	16.2%	17.0%	17.6%	18.3%	
61-63	14.1%	14.7%	15.7%	16.6%	17.6%	18.3%	19.1%	
64-65	14.2%	14.9%	16.0%	16.9%	18.1%	18.9%	19.8%	

\* durata contrattuale uguale alla durata pagamento premi

		Femmine						
		Classi di durata* espressa in anni						
Classi di età		5-8	9-12	13-15	16-18	19-21	22-23	24-25
		20-35	13.7%	14.1%	14.6%	15.0%	15.4%	15.7%
36-45	13.7%	14.1%	14.6%	15.1%	15.5%	15.8%	16.1%	
46-48	13.8%	14.2%	14.7%	15.2%	15.6%	15.9%	16.3%	
49-50	13.8%	14.2%	14.7%	15.2%	15.7%	16.0%	16.4%	
51-53	13.8%	14.2%	14.8%	15.3%	15.8%	16.1%	16.5%	
54-55	13.8%	14.2%	14.8%	15.3%	15.8%	16.2%	16.6%	
56-58	13.8%	14.3%	14.9%	15.4%	16.0%	16.4%	16.9%	
59-60	13.8%	14.3%	15.0%	15.5%	16.1%	16.6%	17.1%	
61-63	13.9%	14.4%	15.1%	15.7%	16.4%	17.0%	17.6%	
64-65	13.9%	14.4%	15.2%	15.9%	16.7%	17.4%	18.0%	

\* durata contrattuale uguale alla durata pagamento premi

La Società s'impegna a comunicare il costo gravante sul premio annuo derivante dalla specifica combinazione delle variabili predette (età, sesso, durata) nel Progetto Esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

La rateazione del premio annuo comporta la corresponsione da parte del Contraente dei diritti di frazionamento nelle misure seguenti:

Rateazione del premio	Diritti di frazionamento sul premio di rata
Semestrale	2,0%
Trimestrale	3,0%

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

Il premio dell'annualità assicurativa in corso al momento di un sinistro è sempre dovuto per intero anche se ne sia stato convenuto il pagamento in rate subannuali.

### 6.1.2 – Costi per riscatto

Il valore di riscatto è pari alla "riserva zillmerata" moltiplicata per il 95%.

I valori di riscatto, elaborati in forma personalizzata, per lo specifico contratto, calcolati in base alla prestazione garantita, sono riportati nell'allegato RP1 alla polizza; allegato che forma parte integrante del contratto.

## 7 – Misure e modalità di eventuali sconti

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti.

## 8 - Indicazioni generali relative al regime legale e fiscale applicabile al contratto

### Impignorabilità e insequestrabilità

Ai sensi dell'articolo 1923 Codice Civile le somme dovute dall'Assicuratore in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

### Diritto del Beneficiario

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile il *Beneficiario* acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

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

### Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sulla vita sono esenti da imposta. Restano soggetti all'imposta sulle assicurazioni, ove operante, i premi delle assicurazioni complementari nella misura del 2,5%.

### Risparmio fiscale

Secondo le disposizioni legislative vigenti, sui premi versati fino a €1.291,14 annui a fronte di:

- assicurazioni per il caso di morte;
- assicurazioni di *invalidità permanente* superiore al 5%

è riconosciuta annualmente al *Contraente* una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19%.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal *Contraente*, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

### Tassazione delle prestazioni

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta:

- 1) se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF;
- 2) se corrisposte in caso di vita dell'Assicurato: in forma di capitale, sono soggette ad imposta sostitutiva, attualmente pari al 12,5%, sulla differenza fra la somma dovuta dalla Società e l'ammontare dei premi corrisposti dal *Contraente* relativi alla prestazione in caso di vita. La Società non opera la ritenuta della suddetta imposta sostitutiva sui proventi corrisposti a soggetti che esercitano attività d'impresa.

**Le menzionate ritenute, che vengono versate dalla Società all'Amministrazione finanziaria in nome e per conto del *Contraente*, riducono la prestazione indicata sul contratto.**

## D) – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 9 – Modalità di perfezionamento del contratto

#### Conclusione del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui la *Società* rilascia la *polizza* al *Contraente* ovvero gli comunica per iscritto il proprio assenso alla *proposta* di assicurazione.

Ai fini dell'esercizio del diritto di recesso dal contratto di assicurazione quale momento di conclusione del contratto stesso deve intendersi:

- a) la data apposta sulla *polizza* corrispondente al giorno in cui la stessa è stata consegnata nelle mani del *Contraente*;
- b) in caso di rimessa postale della *polizza*, la data di ricevimento del plico raccomandato contenente la *polizza* medesima, apposta sull'Avviso di ricevimento.

#### Decorrenza

Una volta concluso il contratto, la data della decorrenza della garanzia dipende dalla data di pagamento del *premio* e dalla data di decorrenza riportata nella *polizza*. In nessun caso la garanzia può essere operante prima delle ore 24 del giorno di pagamento del primo *premio* previsto dalla *polizza* ovvero prima delle ore 24 della data di decorrenza indicata sulla stessa, ove successiva alla predetta data di pagamento.

#### Durata del contratto

La *durata contrattuale* può essere fissata da un minimo di 5 a un massimo di 62 anni. La scelta della durata va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti e compatibilmente con l'età dell'Assicurato. L'età all'ingresso dell'Assicurato non può essere inferiore a 18 anni né superiore ad 80 anni.

### 10 – Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

#### Sospensione del pagamento dei premi

Se il *Contraente* sospende il pagamento del *premio*, si determinano i seguenti effetti:

- a) scioglimento automatico del contratto, dopo 30 giorni dalla scadenza della rata di premio, con la perdita delle somme già versate qualora non risultino corrisposte il seguente numero di annualità di premio minimo previsto:
  - una annualità di premio (se il contratto ha durata pagamento premi inferiore o uguale a dieci anni);
  - due annualità di premio (se il contratto ha durata pagamento premi superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a venti anni);
  - tre annualità di premio (se il contratto ha durata pagamento premi superiore a 20 anni)
- b) nel caso di pagamento del numero di annualità di premio minimo previsto, scioglimento del contratto, dopo 30 giorni dalla scadenza della rata di premio, con riconoscimento del valore di riscatto calcolato secondo le condizioni contrattuali, ovvero mantenimento in vigore del contratto fino alla scadenza per una prestazione ridotta. Il contratto in vigore per una prestazione ridotta beneficia di ulteriori rivalutazioni conseguenti al riconoscimento di quote di utili. **Qualora la somma assicurata franca da premi calcolata dopo la riduzione sia inferiore**

**a €1.000,00, in luogo della riduzione viene corrisposto il valore di riscatto.**

**Qualora il valore di riscatto calcolato sulla prestazione ridotta sia inferiore a €100,00, in luogo della riduzione verrà corrisposto il valore di riscatto.**

Entro sei mesi dall'interruzione del pagamento del *premio* il *Contraente* ha il diritto di richiedere la riattivazione del contratto con le modalità in vigore in quel momento, che gli saranno illustrate dalla *Società*.

Qualora però siano trascorsi più di tre mesi dalla scadenza della prima rata di premio insoluta, la riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del *Contraente* ed accettazione scritta della *Società*, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo anche conto del loro esito. La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati con il tasso di riattivazione per il periodo intercorso tra la relativa data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e quella di riattivazione.

Gli interessi di riattivazione vengono calcolati in base al tasso annuo di rendimento attribuito al contratto, all'ultimo anniversario che precede la data di riattivazione, con un minimo del tasso legale di interesse.

## **11 – Riscatto e riduzione**

Se è stato pagato il numero di annualità di premio minimo previsto, il contratto può essere riscattato (valore di riscatto) oppure rimanere in vigore per una somma ridotta senza il pagamento di ulteriori premi.

I valori di riscatto e di riduzione per lo specifico contratto, calcolati in base alla prestazione garantita, sono riportati nell'allegato RP1 alla *polizza*; allegato che forma parte integrante del contratto. Nel precedente punto 6.1.2 sono indicati i costi attinenti il riscatto.

Il *Contraente* ha il diritto, in qualunque momento, di richiedere informazioni sul valore del proprio contratto a:

Wiener Städtische A. G. • Direzione della Rappresentanza per l'Italia • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • e-mail: [wienner@wieneritalia.com](mailto:wienner@wieneritalia.com)

L'illustrazione della evoluzione dei valori di riscatto e riduzione sono indicati nel Progetto esemplificativo di cui alla sezione E della Nota Informativa. I valori puntuali saranno riportati nel Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

### **Avvertenza importante**

**Il *Contraente* deve valutare con particolare attenzione:**

- 1) **prima della stipulazione, l'impegno che sta assumendo sia in termini di *durata del contratto* che di entità del *premio*;**
- 2) **le conseguenze negative derivanti dall'esercizio del diritto di riscatto e di riduzione. I relativi valori infatti potrebbero anche risultare inferiori al cumulo dei premi versati, soprattutto nei primi anni di vita del contratto.**

## **12 - Revoca della proposta - modalità di esercizio del diritto**

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il *Contraente* ha sempre la facoltà di revocare la *proposta* di assicurazione, ottenendo, entro trenta giorni dal ricevimento da parte della *Società* della comunicazione di revoca, la restituzione delle somme eventualmente già anticipate alla *Società* senza alcuna penalità

La revoca della *proposta* deve essere comunicata mediante lettera raccomandata indirizzata alla:

Wiener Städtische A.G. • Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.

**Essa ha effetto dalla data della spedizione quale risultante dal timbro postale di invio.**

## **13 - Recesso dal contratto - modalità di esercizio del diritto**

Il *Contraente* può esercitare il diritto di recesso entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto, ottenendo, entro trenta giorni dal ricevimento da parte della *Società* della comunicazione di recesso, il rimborso del *premio* eventualmente già versato.

La *Società* si riserva peraltro il diritto di recuperare:

- a) l'imposta eventualmente gravante sulle assicurazioni complementari;
- b) la frazione di *premio* relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- c) le spese effettive sostenute per l'emissione del contratto, quantificate in €30,00

d) le spese eventualmente sostenute per gli accertamenti sanitari dello stato di salute dell'Assicurando.  
 Il recesso dal contratto deve essere comunicato mediante lettera raccomandata indirizzata alla:  
 Wiener Städtische A.G. • Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.  
**Esso ha effetto dalla data della spedizione quale risultante dal timbro postale di invio.**

#### **14 - Modalità di scioglimento del contratto e documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni**

##### **Modalità di scioglimento del contratto**

Il contratto si scioglie:

- al raggiungimento della scadenza contrattuale;
- al momento della richiesta da parte del *Contraente* di risoluzione anticipata del contratto e di liquidazione del valore di riscatto;
- qualora non sussistano le condizioni per il riscatto, trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata di *premio* non pagata, senza che vi sia stata riattivazione.

Nel corso della durata contrattuale, il *Contraente* può risolvere il contratto per intero o solo in parte:

- in qualsiasi momento con effetto alla fine dell'anno assicurativo in corso;
- nel corso dell'anno assicurativo con effetto dalla fine del mese, con preavviso di tre mesi, ma non prima della fine del primo anno assicurativo.

##### **Pagamenti della Società**

Il pagamento delle prestazioni assicurate viene effettuato entro trenta giorni dal ricevimento da parte della Società della documentazione necessaria secondo quanto previsto dalle *Condizioni generali di assicurazione*, di seguito riasunte. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto. Ogni pagamento viene effettuato presso le sedi della Società a ciò autorizzate.

Documentazione	Causa di scioglimento	
	Morte	Riscatto/Scadenza
Originale di Polizza ed eventuali appendici	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale del Beneficiario/Contraente	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale dell'Assicurato	---	SI
Certificato di esistenza in vita del Beneficiario	SI	SI
Certificato di morte dell'Assicurato (entro 60 giorni dall'evento)	SI	---
Relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato	SI	---
Atto notorio di successione per l'individuazione degli aventi diritto	SI	---
Eventuale copia del testamento pubblicato	SI	---
Decreto del Giudice Tutelare se l'avente diritto è persona minore o incapace	SI	---

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

**Le rendite vitalizie vengono pagate alle ricorrenze previste dietro esibizione, su richiesta della Società, di un valido documento comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato.**

La *rendita vitalizia* viene corrisposta nella rateazione indicata nella *polizza* e **non può essere riscattata durante il periodo di erogazione.**

La richiesta della prestazione assicurata deve essere comunicata a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata alla Società:

**Wiener Städtische A.G.**

**Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.**

## **Prescrizione**

Il Codice Civile, all'articolo 2952, stabilisce che i diritti derivanti da qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal verificarsi dell'evento su cui i diritti stessi si fondano.

## **15 - Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

## **16 – Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, e ogni documento ad esso allegato, è redatto in italiano in caso di mancata scelta tra le Parti. In caso contrario, la lingua di redazione proposta dall'impresa è la lingua tedesca.

## **17 - Reclami**

Eventuali reclami da parte del *Contraente*, dell'*Assicurato* o dei Beneficiari riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto alla

**Wiener Städtische Versicherung A.G.**  
**Direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia – Servizio Clienti**  
**Via Cristoforo Colombo 149 – I 00147 Roma**  
**Telefax N. +39 06 51070129 – e-mail: [wienner@wieneritalia.com](mailto:wienner@wieneritalia.com)**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

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

Fermo quanto sopra, il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari possono rivolgersi anche all'Organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria: Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) • Praterstrasse 23 • A-1020 Vienna.

Nel caso di necessità di ricevere informazioni sulla propria posizione assicurativa, o di segnalazioni di disservizi, il Contraente potrà inoltre rivolgersi direttamente alla Società chiamando il numero verde



## **18 – Informativa in corso di contratto**

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni nelle informazioni contenute in Nota informativa, anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto, la Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente ogni necessaria precisazione.

Inoltre, con cadenza annuale, entro sessanta giorni dalla data prevista nelle condizioni di polizza per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, la Società invia al Contraente un estratto conto della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento, con evidenza di eventuali premi in arretrato;
- c) valore dei riscatti parziali rimborsati nell'anno di riferimento;
- d) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- e) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto;
- f) valore degli utili attribuiti al contratto nell'anno di riferimento.

## **19 – Comunicazioni del Contraente alla Società**

### **Cambiamento di professione dell'assicurato**

Si richiama l'attenzione del Contraente sulle disposizioni contenute all'art. 1926 del Codice Civile in merito alle comunicazioni da rendere all'impresa in caso di modifiche di professione o di attività dell'assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.

Il Contraente è pertanto tenuto a comunicare tempestivamente all'impresa tali variazioni, anche a mezzo raccomandata.

## E) – PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione costituisce una esemplificazione dello sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e di riscatto previsti dal contratto. L'elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, periodicità di versamenti, sesso ed età dell'assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione e di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- A. il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente (tasso d'interesse tecnico). I valori sviluppati rappresentano le prestazioni certe che l'impresa è tenuta a corrispondere laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle condizioni di polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili;
- B. una ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'ISVAP e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 4% (partecipazione agli utili della Società al lordo del rendimento minimo garantito).

**I valori sviluppati sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'impresa.** Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate. La misura di rivalutazione è ottenuta scorporando il tasso di interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo della prestazione assicurata iniziale.

### SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCATTO IN BASE A:

#### A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso annuo di rendimento minimo garantito: 2,25% (tasso d'interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo della prestazione assicurativa iniziale)
- Età dell'assicurato: 45 anni
- Durata: 20 anni

Sesso <b>MASCHILE</b>						
Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno (*)	Interruzione del pagamento dei premi		
				valore riscatto a fine anno	capitale ridotto	
					a fine anno	a scadenza
1	1500	1.500	30.639	0,00	0	0
2	1500	3.000	30.639	277	400	400
3	1500	4.500	30.639	1.594	2.255	2.255
4	1500	6.000	30.639	2.936	4.073	4.073
5	1500	7.500	30.639	4.305	5.853	5.853
6	1500	9.000	30.639	5.702	7.597	7.597
7	1500	10.500	30.639	7.126	9.304	9.304
8	1500	12.000	30.639	8.581	10.978	10.978
9	1500	13.500	30.639	10.066	12.619	12.619
10	1500	15.000	30.639	11.585	14.230	14.230
11	1500	16.500	30.639	13.139	15.813	15.813
12	1500	18.000	30.639	14.730	17.369	17.369
13	1500	19.500	30.639	16.631	18.902	18.902
14	1500	21.000	30.639	18.034	20.411	20.411
15	1500	22.500	30.639	19.751	21.900	21.900
16	1500	24.000	30.639	21.515	23.370	23.370
17	1500	25.500	30.639	23.329	24.823	24.823
18	1500	27.000	30.639	25.196	26.261	26.261
19	1500	28.500	30.639	27.120	27.688	27.688
scadenza	1500	30.000	30.639	30.639	30.639	30.639

(\*) in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, purché siano stati pagati tutti i premi pattuiti

**L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati potrà avvenire, sulla base di rendimento minimo contrattualmente garantito, dopo il pagamento di 20 annualità di premio.**

**B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO**

- Tasso annuo di rendimento finanziario: 4,00% (partecipazione agli utili della Società al lordo del rendimento minimo garantito)
- Età dell'assicurato: 45 anni
- Durata: 20 anni:

Sesso <b>MASCHILE</b>					
Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno (*)	Interruzione del pagamento dei premi	
				valore riscatto a fine anno	capitale ridotto a fine anno
1	1500	1.500	30.639	0	0
2	1500	3.000	30.639	277	400
3	1500	4.500	30.675	1.627	2.291
4	1500	6.000	30.736	3.029	4.170
5	1500	7.500	30.825	4.482	6.039
6	1500	9.000	30.942	5.990	7.900
7	1500	10.500	31.090	7.555	9.755
8	1500	12.000	31.270	9.180	11.609
9	1500	13.500	31.484	10.869	13.464
10	1500	15.000	31.734	12.625	15.325
11	1500	16.500	32.022	14.452	17.195
12	1500	18.000	32.350	16.355	19.080
13	1500	19.500	32.720	18.338	20.982
14	1500	21.000	33.135	20.406	22.907
15	1500	22.500	33.598	22.562	24.859
16	1500	24.000	34.295	24.988	27.025
17	1500	25.500	35.052	27.521	29.235
18	1500	27.000	35.872	30.168	31.494
19	1500	28.500	36.760	32.925	33.809
scadenza	1500	30.000	39.075	39.075	39.075

(\*) in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, purché siano stati pagati tutti i premi pattuiti

In caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente è esonerato dal pagamento dei premi successivi ed alla scadenza viene pagato il capitale assicurato.

**Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali.**

**NON VENGONO RILASCIATE INFORMAZIONI A PERSONE DIVERSE DAL CONTRAENTE**

La Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Paolo Masci**

Il Rappresentante Generale





# CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Tariffa EAS • CGA mod. 08A - ed. 06/2009)

## PREMESSA

Il contratto è disciplinato esclusivamente:

- dalle *Condizioni generali* di assicurazione nonché, se allegate, dalle *condizioni particolari e/o aggiuntive*;
- da quanto stabilito nella *polizza*, compresi allegati e appendici;
- dalle disposizioni di legge in materia.

## PARTE I – PRESTAZIONI ASSICURATIVE

### ARTICOLO 1 - Prestazione assicurata

La *Società* si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati alla scadenza contrattuale, sia in caso di vita dell'*Assicurato* a tale data che in caso di sua premorienza, purché siano stati pagati i premi per tutta la durata stabilita oppure fino alla morte dell'*Assicurato* qualora questa avvenga prima della scadenza:

- un capitale il cui importo è dato dalla somma assicurata risultante dalla *polizza*,
- l'importo del capitale è maggiorato delle quote di partecipazione agli utili assegnate nonché, ove spettante, della prestazione aggiuntiva "Bonus Finale", secondo le disposizioni dell'art. 19.

### ARTICOLO 2 - Opzioni alla scadenza

L'opzione può essere esercitata 90 giorni prima della scadenza contrattuale purché l'*Assicurato* sia in vita. La *Società*, su richiesta del *Contraente*, può convertire la prestazione principale in una delle forme di *rendita vitalizia* di seguito elencate:

- una *rendita vitalizia* con garanzia del rimborso del capitale residuo in caso di decesso dell'*Assicurato* durante l'erogazione della *rendita*;
- una *rendita vitalizia* senza garanzia di rimborso del capitale residuo, in caso di decesso dell'*Assicurato* durante l'erogazione della *rendita*;
- una *rendita vitalizia* di maggiore importo, mediante anticipazione di parte degli utili previsti per il futuro, denominata "*Rendita con Bonus*", con o senza garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'*Assicurato* durante l'erogazione della *rendita*;
- una *rendita vitalizia* temporanea, cioè erogabile per un numero prestabilito di annualità, con o senza garanzia di rimborso del capitale residuo in caso di decesso dell'*Assicurato* durante l'erogazione della *rendita*;
- una *rendita* garantita per un numero prestabilito di annualità e successivamente *vitalizia*;
- una *rendita vitalizia* su due teste da corrispondersi fino al decesso dell'*Assicurato* (prima testa) e successivamente reversibile in misura totale o parziale, fino a che sia in vita l'*Assicurato*-designato (seconda testa).

Nessuna delle suddette forme di *rendita* può essere riscattata durante l'erogazione.

Le opzioni vengono calcolate secondo le basi tariffarie (demografiche e finanziarie) in vigore al momento della conversione della prestazione principale. Il *Contraente*, peraltro, ha la facoltà di non accettarne le condizioni, revocando così la richiesta.

La *Società* si impegna a fornire per iscritto all'avente diritto – al più tardi 60 giorni prima della data prevista per l'esercizio dell'opzione – una descrizione sintetica di tutte le opzioni esercitabili, con l'evidenza dei relativi costi e condizioni economiche. Qualora l'avente diritto manifesti il proprio interesse ad una delle suddette opzioni a scadenza, la *Società* s'impegna a trasmettere, prima dell'esercizio dell'opzione, la Scheda sintetica, la Nota Informativa e le Condizioni di assicurazione relative alle coperture assicurative dell'opzione scelta.

### ARTICOLO 3 - Prestazioni accessorie e complementari

La prestazione dell'assicurazione principale, può essere integrata, su richiesta del *Contraente*, con le prestazioni

relative alle assicurazioni accessorie e complementari previste.

Le assicurazioni accessorie e complementari sono operanti solo se espressamente indicate nella *polizza*.

A dette assicurazioni si applicano le disposizioni delle presenti *Condizioni generali* in quanto compatibili e in quanto non derogate dalle norme previste per ciascuna di esse al relativo allegato delle Condizioni particolari e/o aggiuntive.

## ARTICOLO 4 – Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'*Assicurato*, salvo quanto disciplinato ai successivi punti 4.1 e 4.2.

### 4.1 - Esclusioni

Dall'Assicurazione è escluso il caso di morte causato da:

- a) attività dolosa del *Contraente* o del *Beneficiario*;
- b) partecipazione dell'*Assicurato* a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'*Assicurato* a fatti di guerra, nonché a tumulti popolari, insurrezioni, disordini in qualità di agitatore;
- d) 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.);
- e) suicidio, se avvenuto nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- f) catastrofe nucleare;
- g) attività sportiva pericolosa non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della *proposta* di *polizza* o intrapresa, senza averne dato comunicazione alla *Società*, successivamente a tale momento;
- h) partecipazione a gare o allenamenti su veicoli terrestri, marittimi e aerei.

In questi casi, ad eccezione della morte causata da attività dolosa del *Beneficiario*, la *Società* paga il solo importo della riserva matematica del contratto calcolato al momento del decesso.

### 4.2 - Periodo di carenza

La piena copertura assicurativa 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*, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo della durata di mesi sei dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante detto periodo, denominato periodo di carenza, in caso di morte dell'*Assicurato*, la *Società* si impegna a restituire – sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi – la somma dei premi versati per l'assicurazione principale al netto di imposte.

La predetta limitazione non ha effetto qualora l'evento avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti *malattie* infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- c) di *infortunio* avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, fermo quanto previsto al punto 4.1 del presente articolo.

Il periodo di carenza è di sette anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso dell'*Assicurato* sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

In caso di morte dell'*Assicurato* dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) durante il periodo di carenza, la *Società* paga soltanto l'importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

## PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

### ARTICOLO 5 - Conclusione del contratto

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la *Società* rilascia la *polizza* al *Contraente* ovvero gli comunica per iscritto il proprio assenso alla *proposta di assicurazione*.

#### 5.1 - Entrata in vigore dell'assicurazione

A condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di *premio*, l'assicurazione entra in vigore:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella *polizza*, qualora questo sia successivo alla data della conclusione.

Se il versamento della prima rata di *premio* viene effettuato dopo tali date l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.

Ove il pagamento della prima rata di *premio* avvenga con assegno bancario o circolare oppure mediante bonifico e il medesimo non vada a buon fine, il contratto stesso si intenderà come mai perfezionato e privo di qualsiasi effetto.

Sono fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti dalle *Condizioni generali* di assicurazione.

### ARTICOLO 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del *Contraente* e dell'*Assicurato* devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la *Società* non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la *Società* stessa:

- a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
  - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - di rifiutare, in caso di *sinistro* e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
- b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
  - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - di ridurre, in caso di *sinistro* e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio accertato.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o per reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato*, salvo il caso di dolo o colpa grave.

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

### ARTICOLO 7 - Diritto di recesso

Il *Contraente* può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

La comunicazione del recesso deve essere inviata, a mezzo raccomandata, alla:

Wiener Städtische A.G. • Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 - I-00147 Roma.

Il recesso libera entrambe le Parti dalle obbligazioni discendenti dal contratto con effetto dalle ore 24 del giorno di spedizione, quale risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la *Società* rimborsa al *Contraente* il *premio* pagato riservandosi il diritto di recuperare:

- l'eventuale imposta gravante sulle assicurazioni complementari;
- la frazione di *premio* relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- le spese sostenute per l'emissione del contratto, quantificate in €30,00;
- le spese eventualmente sostenute per gli accertamenti sanitari dello stato di salute dell'Assicurando.

## PARTE III – PREMI

### ARTICOLO 8 - Pagamento del premio

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento di un *premio* annuo – indicato nella *polizza* – di importo costante per tutta la durata prevista. La durata del pagamento premi può essere pari o abbreviata rispetto alla durata contrattuale e può essere fissata da un minimo di 5 ad un massimo di 62 anni, purché l'età a scadenza dell'Assicurato non superi 90 anni.

Il *premio* deve essere corrisposto in rate anticipate comprensive di accessori, imposte e tasse, a partire dall'inizio del contratto e per tutta la durata stabilita oppure fino alla morte dell'Assicurato qualora questa avvenga prima della scadenza.

Il *premio* si calcola in base alla tariffa, al sesso e all'età dell'Assicurato. L'età è la risultante della differenza fra il millesimo in cui ha inizio il contratto e il millesimo di nascita dell'Assicurato.

In caso di rischi che la *Società* consideri gravosi, la stessa può richiedere l'applicazione di sovrappremi o *condizioni particolari*.

Il *premio* di primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero. In caso di mancato pagamento del *premio* o delle rate di *premio* di primo anno, la *Società* può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il *premio* è scaduto, ai sensi dell'art. 1924 C.C. fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901 C.C.

#### 8.1 - Rateazione del premio

Il *premio* deve essere corrisposto in rate annuali anticipate; è possibile una diversa rateazione del premio secondo le *“Condizioni aggiuntive per il frazionamento del premio”* riportate nello specifico allegato.

#### 8.2 - Luogo e modalità del pagamento

Ogni pagamento deve essere effettuato presso la Direzione per l'Italia della *Società* in Roma, ovvero presso l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto. A seguito del pagamento viene rilasciata quietanza.

Le modalità di pagamento e la deroga parziale a quanto sopra esposto sono riportate nello specifico allegato *“Condizioni aggiuntive per il pagamento del premio”*.

#### 8.3 - Aggiornamento del premio

Il *Contraente* può richiedere di collegare la misura del *premio* annuo alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT), secondo le *“Condizioni particolari di aggiornamento del premio”* riportate nello specifico allegato.

### ARTICOLO 9 - Interruzione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata di *premio*, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata, determina la risoluzione del contratto e la contemporanea acquisizione alla *Società* di tutti i *premi* pagati.

Tuttavia, qualora il contratto abbia maturato un valore di riscatto su base tariffaria, l'assicurazione rimane in vigore senza il pagamento di ulteriori *premi* per una prestazione ridotta. **Qualora tuttavia la somma assicurata franca da premi calcolata dopo la riduzione sia inferiore a € 1.000,00, in luogo della riduzione viene corrisposto il valore di riscatto.**

**Come meglio indicato al successivo art.11, qualora il valore di riscatto calcolato sulla prestazione ridotta sia inferiore a €100,00, in luogo della riduzione verrà corrisposto il valore di riscatto.**

A giustificazione del mancato pagamento dei *premi*, il *Contraente* non può, in nessun caso, opporre di non avere ricevuto avvisi di scadenza o bollettini di pagamento, né che la *Società* non abbia provveduto all'esazione a domicilio.

### ARTICOLO 10 - Ripresa del pagamento dei premi; riattivazione

Entro sei mesi dalla data di scadenza della prima rata insoluta di *premio*, il *Contraente* può richiedere di riattivare il contratto con le modalità in vigore in quel momento, che gli saranno illustrate dalla *Società*, e riprendere i pagamenti.

Qualora però siano trascorsi più di tre mesi dalla scadenza della prima rata di premio insoluta, la riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati con il tasso di riattivazione per il periodo intercorso tra la relativa data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e quella di riattivazione.

Gli interessi di riattivazione vengono calcolati in base al tasso annuo di rendimento attribuito al contratto, all'ultimo anniversario che precede la data di riattivazione, con un minimo del tasso legale di interesse.

## PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

### ARTICOLO 11 - Risoluzione del contratto

Fermo quanto disposto all'art. 9), nel corso della durata contrattuale il *Contraente* può risolvere il contratto per intero o solo in parte:

- in qualsiasi momento con effetto dalla fine dell'anno assicurativo in corso;
- nel corso di qualsiasi anno assicurativo con preavviso di tre mesi dalla fine del mese, ma non prima della fine del primo anno assicurativo.

#### 11.1 - Riduzione; riscatto

Qualora il contratto abbia maturato un valore di riscatto su base tariffaria, il Contraente può richiederne la riduzione o la corresponsione del valore di riscatto.

Il valore di riscatto non corrisponde alla somma di tutti i premi versati, ma si calcola, a causa della copertura assicurativa offerta e dei costi risultanti, secondo le basi tariffarie. A causa dei costi conseguenti alla conclusione del contratto, nel primo periodo dopo l'inizio del contratto non spetta ancora nessun valore di riscatto. Solo negli anni successivi matura un valore di riscatto, il quale inizialmente è molto basso a causa del necessario ammortamento dei costi sostenuti, ma successivamente aumenta in modo progressivo fino a raggiungere, alla scadenza del contratto, il capitale garantito per il caso di vita.

Gli importi individuali riferiti al singolo contratto sono riportati nella *polizza* (Allegato alla *Polizza* RP1) e formano parte integrante del contratto.

Il Contraente può richiedere alla Società la risoluzione del contratto e la liquidazione del valore di riscatto ovvero di lasciare in vigore il contratto stesso senza il pagamento di ulteriori premi, per una prestazione ridotta qualora risultino versate:

- una annualità di premio (se il contratto ha una durata pagamento premi inferiore o uguale a dieci anni);
- due annualità di premio (se il contratto ha una durata pagamento premi superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a venti);
- tre annualità di premio (se il contratto ha una durata pagamento premi superiore a 20 anni)

In caso di mancato pagamento del numero minimo di annualità di premio da versare sopra indicate, il Contraente perde quanto versato.

Il *premio* annuo residuo dopo una risoluzione parziale non può essere inferiore a €240,00. In caso contrario il contratto viene ridotto e resta in vigore per una somma franca da premi.

Qualora la somma assicurata franca da premi calcolata dopo la riduzione sia inferiore a €1.000,00, in luogo della riduzione viene corrisposto il valore di riscatto.

Viene altresì corrisposto il valore di riscatto, qualora dopo la riduzione il valore di riscatto calcolato sulla prestazione ridotta sia inferiore a €100,00.

### ARTICOLO 12 - Prestiti

Il *Contraente* in regola con il pagamento dei premi può ottenere prestiti dalla *Società* entro il valore di riscatto maturato.

La *Società* indica, nell'atto di prestito, condizioni e tasso di interesse.

## ARTICOLO 13 - Cessione, pegno, vincolo

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

Tali atti diventano efficaci solo dopo che la *Società*, dietro comunicazione scritta del *Contraente*, ne abbia fatto annotazione sull'originale della *polizza* o su apposita appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

## PARTE V – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

### ARTICOLO 14 - Beneficiari

Il *Contraente* designa il *Beneficiario* e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione del *Beneficiario* non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

In tali casi l'esercizio delle opzioni a scadenza e le operazioni di riscatto, prestito, recesso, cessione, pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto del *Beneficiario*.

La designazione del *Beneficiario* e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla *Società* o fatte per testamento.

### ARTICOLO 15 - Pagamenti della Società

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

Documentazione	Causa di scioglimento	
	Morte	Riscatto/Scadenza
Originale di Polizza ed eventuali appendici	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale del Beneficiario/Contraente	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale dell'Assicurato	---	SI
Certificato di esistenza in vita del Beneficiario	SI	SI
Certificato di morte dell'Assicurato (entro 60 giorni dall'evento)	SI	---
Relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato	SI	---
Atto notorio di successione per l'individuazione degli aventi diritto	SI	---
Eventuale copia del testamento pubblicato	SI	---
Decreto del Giudice Tutelare se l'avente diritto è persona minore o incapace	SI	---

La *Società* si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

Per i pagamenti conseguenti al decesso deve essere inoltre consegnata ogni 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.

In ogni caso, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la *Società* mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi

moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari/aventi diritto.

Le rendite vitalizie vengono pagate alle ricorrenze previste dietro esibizione, su richiesta della *Società*, di un valido documento comprovante l'esistenza in vita dell'*Assicurato*.

La *rendita vitalizia* viene corrisposta nella rateazione indicata nella *polizza* e **non può essere riscattata durante il periodo di erogazione.**

Ogni pagamento viene effettuato presso le sedi della *Società* a ciò autorizzate.

La richiesta della prestazione assicurata deve essere comunicata a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata alla Società:

**Wiener Städtische A.G.**

**Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.**

#### **ARTICOLO 16 - Imposte e tasse**

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

#### **ARTICOLO 17 - Valuta contrattuale**

Il contratto è stipulato in Euro.

#### **ARTICOLO 18 - Giurisdizione**

Foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del *Contraente*.

### **PARTE VI – RIVALUTAZIONE DELLA PRESTAZIONE**

#### **ARTICOLO 19 - Partecipazione agli utili**

Le assicurazioni di capitale per il caso di morte consistono generalmente in contratti assicurativi di lunga durata. Per assicurare il riconoscimento della prestazione per l'intera *durata contrattuale*, i premi vengono calcolati sulla base di stime prudenziali. Tali stime riguardano soprattutto i redditi da capitale (interessi) e la mortalità. Il calcolo prudente dei premi produce regolarmente eccedenze.

Il *Contraente* usufruisce delle eccedenze realizzate, mediante la partecipazione agli utili. La ripartizione delle eccedenze avviene mediante classi di utile e, all'interno di queste, mediante classi di attribuzione dei contratti in cui sono raggruppati tutti i contratti assicurativi dello stesso tipo. La classe di utile e la classe di attribuzione valevoli per un determinato contratto assicurativo sono indicate nella *polizza*.

##### **19.1 - Riconoscimento dell'utile**

Le quote di utile vengono accreditate annualmente il 31 dicembre. Il primo accredito avviene, per le assicurazioni a *premio* unico il 31 dicembre del secondo anno assicurativo, per le assicurazioni a premi annui il 31 dicembre del terzo anno assicurativo.

L'ammontare della quota di utile è deliberato dagli Organi della *Società*. Il diritto alla quota di utile scaturisce da tali delibere e rimane definitivamente acquisito.

Tuttavia, in caso di risoluzione anticipata del contratto, mediante sospensione del pagamento premi o riscatto, la quota di utile è ridotta in base a un fattore di diminuzione deciso dal Consiglio di Amministrazione della Società. Le indicazioni delle quote degli utili deliberate prima della risoluzione anticipata del contratto sono basate su stime e su modelli di calcolo, fondati sulla situazione del momento in cui viene effettuata la stima o calcolato il modello; tali indicazioni non sono quindi vincolanti ai fini della determinazione del valore di riduzione o di riscatto.

La partecipazione agli utili effettivamente riconosciuta dipende unicamente dalle eccedenze realizzate durante la vita del contratto.

##### **19.2 – Calcolo**

La quota di utile assegnata al contratto si compone di una quota di utile da interessi e di una quota di utile da capitale.

La quota di utile da interessi si calcola percentualmente sulla riserva matematica prevista dalla tariffa

dell'assicurazione principale all'inizio dell'anno assicurativo in corso.

La quota di utile da capitale si calcola in millesimi della somma assicurata per il caso di morte, senza considerare le eventuali assicurazioni accessorie e complementari.

La misura delle quote di utile, da interesse e da capitale, è pubblicata nella Relazione al bilancio di esercizio.

Le quote di utile per interessi vengono assegnate fino alla scadenza del contratto.

Le quote di utile da capitale vengono riconosciute solo ai contratti a premi periodici e solo fino alla giornata contabile in cui anche i premi vengono regolarmente corrisposti

### **19.3 - Rivalutazione della prestazione**

La quota di utile, da interesse e da capitale, aumenta la prestazione assicurativa prevista dal contratto. La detta quota di utile viene accumulata in forma di interessi fino alla scadenza del contratto. Gli interessi vengono accreditati annualmente il 31 dicembre.

La quota di utile da interessi si calcola in base al rendimento degli investimenti previa opportuna detrazione del tasso tecnico previsto dalla tariffa; quindi il rendimento annuo complessivo riconosciuto sul contratto si compone del tasso tecnico, della quota di utile da interessi (al netto del tasso tecnico) e di quella da capitale.

### **19.4 - Bonus finale**

In caso di vita dell'*Assicurato* alla scadenza del *contratto*, il contratto beneficia, purché i premi siano stati interamente corrisposti fino alla scadenza del periodo pattuito, di una quota dell'utile finale denominata "Bonus Finale". Il Bonus Finale viene calcolato percentualmente sulla riserva matematica prevista dal contratto per il caso di vita. La percentuale è determinata dalle delibere adottate in proposito dai competenti Organi della *Società*, in analogia con quanto indicato al precedente punto "Riconoscimento dell'utile". Il diritto al Bonus Finale sussiste anche per i contratti assicurativi a *premio* unico.



## **CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO**

(CAA Mod. 62A • ed. 06/2009)

### **1**

La presente condizione aggiuntiva deroga parzialmente a quanto disposto dal pertinente articolo delle Condizioni di assicurazione in materia di rateazione del premio:

<b>Articolo</b>	<b>Tariffa</b>
7.1	IK
8.1	CaRR
8.1	C
8.1	EAS

Pertanto, fermo quant'altro disciplinato dalle condizioni di assicurazione, su richiesta del Contraente la Società può concedere che il premio possa venire pagato in rate subannuali. In tale caso il Contraente deve corrispondere un diritto di frazionamento nelle misure seguenti:

semestrale	2 %
trimestrale	3 %

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

Il premio dell'annualità assicurativa in corso al momento di un sinistro è sempre dovuto per intero anche se ne sia stato convenuto il pagamento in rate subannuali.

La presente condizione aggiuntiva è operante in quanto sia richiamata nella polizza.

## CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO

(CAA Mod. 63A • ed. 06/2009)

La presente condizione aggiuntiva deroga parzialmente a quanto disposto dal pertinente articolo delle Condizioni generali di assicurazione in materia di “luogo e modalità del pagamento del premio”, e cioè:

Articolo	Tariffa
7.2	IK
8.2	CaRR
8.2	C
8.2	EAS

Di conseguenza, si stabilisce quanto segue:

### ARTICOLO 1 - Premio alla conclusione del contratto

Il premio dovuto alla conclusione del contratto deve essere pagato per mezzo di bonifico bancario su un conto della *Società* ovvero per mezzo di assegno bancario o circolare, tratto o emesso all'ordine di

**WIENER STÄDTISCHE A.G.**

barrato e reso non trasferibile, consegnato, per l'inoltro alla *Società*, all'Agenzia presso la quale è stato stipulato il contratto ovvero inviato direttamente alla *Società*. **La Società non risponde in nessun caso di assegni emessi a favore di un beneficiario diverso da “WIENER STÄDTISCHE A.G.” né di pagamenti effettuati con mezzi diversi, senza preventivo benestare, dall'assegno bancario o circolare o dal bonifico.**

Il pagamento si intende effettuato alla data di ricevimento da parte della Società della comunicazione di accredito o del titolo, salvo il buon fine degli stessi.

### ARTICOLO 2 - Premi diversi da quello alla conclusione del contratto

Il pagamento dei *premi* diversi da quello dovuto alla conclusione del contratto deve essere effettuato mediante uno dei seguenti sistemi:

- a) sistema R.I.D. (Rimessa Interbancaria Diretta), con autorizzazione permanente di addebito su un conto corrente bancario intestato al *Contraente* o ad altra persona, con valuta certa a favore della *Società*.

Le rimesse attraverso il sistema RID vengono considerate come ricevute dalla Società se la banca non evidenzia l'insoluto. In tale caso, fatta comunque salva la facoltà di rettifica della Società per il caso di errori nell'allineamento dei dati, il pagamento viene convenzionalmente considerato come effettuato alle ore 24 della data di scadenza della rata cui si riferisce;

- b) sistema MAV bancario, con bollettini pagabili presso tutte le banche e presso tutti gli uffici postali, inviati al domicilio del *Contraente* a cura della Società. Ogni pagamento a mezzo sistema MAV viene considerato come avvenuto alle ore 24 del giorno risultante dal timbro datario apposto dalla banca o dall'ufficio postale sulla ricevuta di spettanza del *Contraente*.

Nel caso di rate insolute, sempre che il *Contraente* non intenda avvalersi della facoltà di ridurre la prestazione, il premio o i premi scaduti debbono essere pagati per mezzo di assegno bancario o circolare ovvero di bonifico bancario intestato come sopra indicato. Il pagamento si intende effettuato alla data di ricevimento da parte della Società della comunicazione di accredito o del titolo, salvo il buon fine degli stessi.

A giustificazione del mancato pagamento dei premi, il *Contraente* non può, in nessun caso, opporre impedimenti di sorta né eventuali disguidi di funzionamento delle procedure RID né il fatto di non avere ricevuto avvisi di scadenza.

La presente condizione aggiuntiva è operante a condizione che sia richiamata in polizza.

Condizioni particolari della

## ASSICURAZIONE ACCESSORIA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI

(Tariffa ZK • CPA Mod. 55A - ed. 06/2009)

### ARTICOLO 1 - Operatività

L'assicurazione accessoria è operante a favore della persona assicurata indicata in *polizza* e limitatamente alla somma ivi indicata.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e l'assicurazione accessoria rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese relative all'assicurazione accessoria per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione accessoria non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto.

#### 1.1 - Condizioni applicabili

All'assicurazione accessoria si applicano le condizioni previste dall'assicurazione principale in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle presenti *Condizioni particolari*.

#### 1.2 - Decorrenza e scadenza

L'assicurazione accessoria ha la stessa decorrenza e scadenza dell'assicurazione principale a meno che il *Contraente* abbia prescelto, per l'assicurazione accessoria, una durata più breve.

In questo caso, la scadenza dell'assicurazione accessoria sarà quella espressamente indicata in *polizza*.

In ogni caso l'assicurazione accessoria cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie l'85° anno di età. Raggiunto tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del *premio* senza che in contrario possa opporsi l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente; premi che in tal caso verranno restituiti.

#### 1.3 - Premi

L'assicurazione accessoria viene prestata dietro il pagamento di un *premio* annuo anticipato indicato in *polizza*.

Il *premio* è costante anche nel caso in cui il *Contraente* abbia richiesto l'indicizzazione del *premio* contrattuale.

Il *premio*, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto nella stessa rateazione prevista per l'assicurazione principale, a partire dall'inizio del contratto e per tutta la durata stabilita ovvero fino alla morte dell'*Assicurato* qualora questa avvenga prima della scadenza del contratto.

#### 1.4 - Estinzione dell'assicurazione accessoria

L'assicurazione si estingue, e i relativi *premi* restano acquisiti alla *Società*:

- a) alla scadenza della durata prestabilita;
- a) in caso di interruzione del pagamento dei relativi *premi*;
- b) in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale;
- c) alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e l'assicurazione accessoria rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

### ARTICOLO 2 - Prestazione assicurata

In caso di morte dell'*Assicurato* prima della scadenza della presente assicurazione la *Società* si impegna a pagare immediatamente ai Beneficiari il capitale assicurato in forma accessoria indicato in *polizza*.

Il capitale dell'assicurazione accessoria rimane costante fino alla data di scadenza prestabilita; a tale data l'assicurazione accessoria si estingue e i premi pagati restano acquisiti alla *Società*.

Detto capitale rimane costante anche ove il *Contraente* abbia richiesto l'aggiornamento del *premio* dell'assicurazione principale.

Questa assicurazione partecipa agli utili della *Società* attraverso un bonus sul *premio* secondo le disposizioni dell'art. 4) delle presenti *Condizioni particolari*.

## ARTICOLO 3 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'*Assicurato*, salvo quanto disciplinato ai successivi punti 3.1 e 3.2.

### 3.1 - Esclusioni

Dall'Assicurazione è escluso il caso di morte causato da:

- a) attività dolosa del *Contraente* o del *Beneficiario*;
- b) partecipazione dell'*Assicurato* a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'*Assicurato* a fatti di guerra, nonché a tumulti popolari, insurrezioni, disordini in qualità di agitatore;
- d) 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.);
- e) suicidio, se avvenuto nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- f) catastrofe nucleare;
- g) attività sportiva pericolosa non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della *proposta* di assicurazione o intrapresa, senza averne dato comunicazione alla *Società*, successivamente a tale momento;
- h) partecipazione a gare o allenamenti su veicoli terrestri, marittimi e aerei.

In questi casi, ad eccezione della morte causata da attività dolosa del *Beneficiario*, la *Società* paga il solo importo della riserva matematica dell'assicurazione accessoria calcolato alla data del decesso.

### 3.2 - Periodo di carenza

La piena copertura assicurativa 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*, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, la garanzia assicurativa viene sospesa per un periodo della durata di mesi sei dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante detto periodo, denominato periodo di carenza, in caso di morte dell'*Assicurato*, la *Società* si impegna a restituire – sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi – la somma dei premi versati per l'assicurazione accessoria, al netto di eventuali imposte.

La predetta limitazione non ha effetto qualora l'evento avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti *malattie* infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- c) di *infortunio* avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, fermo quanto previsto al punto 3.1 del presente articolo.

Il periodo di carenza è di sette anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso dell'*Assicurato* sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata. In tale evenienza, la *Società* paga l'importo della riserva matematica dell'assicurazione accessoria alla data del decesso.

#### ARTICOLO 4 - Partecipazione agli utili

Le assicurazioni sulla vita per il caso morte – principali e accessorie - sono di regola contratti di assicurazione pluriennali. Al fine di potere fare fronte alla prestazione assicurativa pattuita per tutta la durata dell'assicurazione, i premi sono calcolati con cautela e le ipotesi di mortalità sono assunte su basi strettamente prudenziali. L'applicazione di tale metodo al calcolo dei premi determina continue eccedenze.

Il *Contraente* partecipa ai detti utili della *Società* attraverso un Bonus sul premio. La ripartizione degli utili avviene tramite classi di utile, nelle quali sono raggruppati tutti i contratti di assicurazione omogenei. Il presente contratto fa parte della classe di utile K.

L'ammontare del Bonus viene determinato in base alle delibere assunte dagli Organi della *Società* e la sua percentuale è pubblicata nella relativa relazione al bilancio di esercizio. Il diritto al Bonus nasce nel momento della delibera.

Ogni precedente quantificazione del Bonus è riferita unicamente a stime basate sulla media dei dieci anni precedenti. Tali informazioni sono, pertanto, non vincolanti.

Il Bonus effettivamente riconosciuto, che si detrae dal premio dovuto, dipende unicamente dagli utili realizzati in corso di durata del contratto.

Il Bonus si calcola proporzionalmente al premio per il periodo di assicurazione corrente. Per premio si intende il premio dell'assicurazione sulla vita per il caso morte – principale o accessoria - al netto di diritti e imposte e senza considerare eventuali assicurazioni complementari. Al momento il bonus è fissato nella misura indicata in polizza, misura che è comunque garantita per 5 anni, qualunque sia la durata dell'assicurazione.

Condizioni particolari della

# ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI

(Tariffa 9A / 9B • CPA Mod. 53A - ed. 06/2009)

## ARTICOLO 1 - Operatività

L'assicurazione complementare è operante a favore della persona assicurata indicata nel documento di *polizza* e limitatamente alle garanzie ivi richiamate.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e le assicurazioni complementari rientrano in vigore, non possono essere avanzate pretese relative alle assicurazioni complementari per cause verificatesi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Essa inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili.

## ARTICOLO 2 - Condizioni applicabili

All'assicurazione complementare si applicano le *condizioni* dell'assicurazione principale - ivi comprese le *condizioni aggiuntive* se richiamate - in quanto compatibili e in quanto non derogate dalle norme delle presenti disposizioni.

### 2.1 - Decorrenza e scadenza

L'assicurazione complementare ha la stessa decorrenza e scadenza dell'assicurazione principale.

In ogni caso l'assicurazione complementare cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età. Raggiunto tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del *premio* senza che in contrario possa opporsi l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente; premi che in tal caso verranno restituiti, al netto dell'imposta.

### 2.2 - Premi

L'assicurazione complementare viene prestata dietro il pagamento di un *premio* annuo anticipato indicato nel documento di *polizza*.

Il *premio*, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto nella stessa rateazione dell'assicurazione principale, a partire dall'inizio del contratto e per tutta la durata stabilita ovvero fino alla morte dell'*Assicurato* qualora questa avvenga prima della scadenza del contratto.

### 2.3 - Estinzione dell'assicurazione complementare

L'assicurazione si estingue e i relativi premi restano acquisiti alla *Società*:

- a) in caso di interruzione del pagamento dei relativi premi;
- b) in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale;
- c) alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età;
- d) in caso di recesso in seguito a *sinistro* ai sensi dell'articolo 2.4 delle presenti *condizioni particolari*.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e le assicurazioni complementari rientrano in vigore, non possono essere avanzate pretese relative alle assicurazioni complementari per cause verificatesi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

## 2.4 - Recesso in seguito a sinistro

Dopo ogni denuncia di *sinistro* e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo ciascuna delle parti avrà diritto di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Nel caso in cui a recedere sia l'Assicuratore verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota di *premio* relativa al periodo di rischio non corso, esclusa soltanto l'imposta. Qualora a recedere sia il Contraente la *Società* avrà diritto a trattenere il *premio* relativo all'annualità in corso al momento del recesso.

## ARTICOLO 3 - Oggetto dell'assicurazione; garanzie di base

La presente assicurazione complementare vale per gli infortuni che si verifichino durante il periodo di validità del contratto e per le somme indicate nel documento di *polizza*

Premesso che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del *Contraente* che l'attività professionale svolta dall'*Assicurato* è quella indicata nella *proposta* dell'assicurazione principale, la garanzia vale per gli infortuni che l'*Assicurato* subisca:

- a) nell'ambito dell'attività professionale dichiarata;
- b) nello svolgimento di ogni altra normale attività legata alla vita privata che non abbia caratteristiche di professionalità.

L'indennizzo non è dovuto se l'attività diversa rientra fra quelle che la *Società* di norma non assicura.

Si definisce *infortunio* l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una *invalidità permanente*.

### 3.1 - Estensioni della garanzia

Sono indennizzabili anche, a condizione che si verifichino indipendentemente dalla volontà dell'*Assicurato*:

- a) l'annegamento e le conseguenze di ustioni, fulmini o scariche elettriche;
- b) le conseguenze dell'inalazione di gas, fumi o vapori, nonché l'avvelenamento e le corrosioni conseguenti a ingestione di sostanze velenose o corrosive, salvo il caso che tali eventi si sviluppino gradualmente;
- c) le lussazioni, gli strappi e le lacerazioni – non di organi o vasi interni – conseguenti a sforzi improvvisi e non abituali;
- d) le conseguenze delle infezioni di ferite dovute a *infortunio* indennizzabile a sensi di *polizza*;
- e) le lesioni al menisco;
- f) le lussazione di arti, gli strappi e lacerazioni di arti, muscoli, tendini, legamenti, nonché delle capsule articolari attorno alla colonna vertebrale;
- g) le conseguenze del tetano e della rabbia, a condizione che siano causate da *infortunio* indennizzabile ai sensi di contratto;
- h) le conseguenze della poliomielite e della meningo-encefalite provocata dal morso di zecche, nonché della meningo-polineurite conseguente a borreliosi contratta in seguito al morso di zecche, purché la *malattia* sia stata accertata da test serologici e si manifesti al più presto 15 giorni dopo la data di inizio dell'assicurazione ma non oltre 15 giorni dopo l'estinzione dell'assicurazione.

Come inizio della *malattia* si considera il giorno nel quale per la prima volta è stato consultato un medico a causa della *malattia* diagnosticata come poliomielite, meningo-encefalite o meningo-polineurite.

La prestazione viene erogata in caso di decesso o *invalidità permanente*, nell'ambito della somma assicurata, con il massimo di EUR 100.000,00.

- i) gli infortuni conseguenti a infarto cardiaco o colpo apoplettico. In nessun caso tuttavia l'infarto cardiaco e/o il colpo apoplettico sono riconosciuti quale conseguenza di *infortunio*;
- j) le lesioni sofferte in conseguenza di imperizia, imprudenza e negligenze gravi;

- k) l'assideramento e il congelamento che siano conseguenza di *infortunio* indennizzabili ai sensi di *polizza*;
- l) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana e in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche di terrorismo;
- m) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*;
- n) gli infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.
- o) Le conseguenze di morsi o calci di animali

### 3.2 - Rischio volo

La copertura assicurativa è estesa anche agli infortuni subiti dall'Assicurato quale passeggero di aeromobili a motore adibiti al trasporto di persone.

Per passeggero si intende colui che non sia in rapporto causale con l'esercizio dell'aeromobile, che non sia membro dell'equipaggio né che eserciti un'attività lavorativa comunque collegata all'aeromobile.

### 3.3 - Pratica sportiva

L'assicurazione vale per la *pratica* di tutti gli sport, fatta eccezione per:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei in genere.

L'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare e relative prove e allenamenti esclusivamente per i seguenti sport, ma alla duplice condizione che le corse e le gare non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti o in modo da costituire, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'Assicurato:

- baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis.

### 3.4 - Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

## ARTICOLO 4 - Prestazioni

La presente assicurazione complementare garantisce le prestazioni illustrate. agli articoli 4.1 e/o 4.2, in quanto richiamate sul documento di *polizza*.

### 4.1 - Morte (Tariffa 9A)

In caso di morte conseguente a *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, la *Società* corrisponde la somma assicurata per tale titolo, dedotti i pagamenti effettuati per *invalidità permanente* derivante dal medesimo evento.

Qualora l'entità di detti pagamenti sia maggiore della somma dovuta per il caso di morte, la *Società* non potrà chiedere la restituzione della differenza.

### 4.2 - Invalidità permanente (Tariffa 9B)

Se entro un anno dalla data dell'*infortunio* risulta che dal medesimo deriva un'*invalidità permanente* la *Società* ne accerta il grado.

Se il grado di *invalidità* accertato è superiore al 5%, la *Società* liquida l'indennità sulla somma assicurata per *invalidità permanente* assoluta applicando le percentuali previste dalla seguente tabella, indipendentemente dalla maggiore o minore capacità lavorativa.

Se il grado di *invalidità* accertato è minore o uguale al 5%, la *Società* non liquida alcun indennizzo.



### 4.3 - Disposizioni per la determinazione del grado di invalidità

a) Perdita totale, fisica o funzionale, di:

– un arto superiore dall'articolazione della spalla	80%
– arto superiore fino al di sopra dell'articolazione del gomito	75%
– articolazione di un gomito	70%
– un arto superiore al di sotto dell'articolazione del gomito o una mano	60%
– un pollice	20%
– un indice	10%
– un altro dito	5%
– un arto inferiore fino al di sopra della metà della coscia	70%
– un arto inferiore fino alla metà della coscia	60%
– un arto inferiore fino alla metà del polpaccio, o un piede	50%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	2%
– capacità visiva di entrambi gli occhi	100%
– capacità visiva di un occhio	50%
se la capacità visiva dell'altro occhio era già venuta meno prima del verificarsi dell'evento assicurato	65%
– udito di entrambe le orecchie	80%
– udito di un orecchio	30%
se l'udito dell'altro orecchio era già compromesso prima del verificarsi dell'evento assicurato	50%
– olfatto	10%
– gusto	10%

Valgono inoltre le seguenti disposizioni:

b) in caso di perdita parziale – anatomica o funzionale – dei succitati organi o sensi le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione.

In caso di limitazioni funzionali degli arti superiori o inferiori la percentuale riferita all'intera estremità si applica in proporzione;

c) qualora non sia possibile stabilire il grado di *invalidità* in base alle disposizioni della lettera a), si prende in considerazione la misura in cui è pregiudicata la funzionalità fisica dal punto di vista medico.

Si sommano le percentuali risultanti dalle lettere a) e c), fermo restando il disposto della lettera g);

d) in caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o sensi, il totale delle percentuali raggiunte non può comunque superare il 100%;

e) se il grado di *invalidità permanente*, determinato secondo le disposizioni del presente articolo, lettere da a) a c), è superiore al 50%, sulla quota eccedente il 50% la prestazione viene raddoppiata;

f) nel corso del primo anno assicurativo la prestazione per *invalidità permanente* avviene soltanto se la natura e la misura delle conseguenze dell'*infortunio* da un punto di vista medico sono accertate in modo univoco.

Se il grado dell'*invalidità* non è definito in modo univoco, annualmente ma entro un termine massimo di quattro anni dall'*infortunio* sia l'*Assicurato* sia la *Società* hanno il diritto di fare ricalcolare il grado di *invalidità* da parte di un consulente medico; a partire da due anni dalla data dell'*infortunio* tale procedura può essere demandata anche ad un Collegio medico.

Qualora tale procedura si concluda con la definizione di una prestazione per *invalidità* superiore a quella eventualmente già anticipata, sulla differenza sono dovuti gli interessi nella misura del tasso legale dalla data dell'anticipazione;

- g) in caso di morte dell'*Assicurato*:
- conseguente all'*infortunio* e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, non sussiste alcun diritto alla prestazione per *invalidità*;
  - non conseguente all'*infortunio* e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti;
  - conseguente o non all'*infortunio* e che si verifichi oltre un anno dalla data dello stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti.

## ARTICOLO 5 - Esclusioni

L'Assicurazione non copre gli infortuni:

- a) subiti in seguito a fatti bellici di qualsiasi genere.
- b) derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* è privo della prescritta abilitazione;
- c) derivanti dalla *pratica*, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- d) conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.). E' fatto salvo quanto previsto all'articolo 3.2;
- f) che siano conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- g) subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da *infortunio* indennizzabile a sensi di *polizza*;
- i) derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- j) provocati da infarto cardiaco; l'infarto cardiaco, non è mai riconosciuto quale conseguenza di *infortunio*;
- k) conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- l) derivanti dalla partecipazione volontaria e attiva dell'*Assicurato* a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari.

Il suicidio non è mai riconosciuto come *infortunio*.

Le malattie non sono mai riconosciute come *infortunio*; le malattie infettive non sono riconosciute quali conseguenza di un *infortunio*. Ciò non vale per quanto disposto all'art. 3.1, lettere g) e h).

### 5.1 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicomanie, AIDS, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti.

Non sono altresì assicurabili le persone che risultino colpite da *invalidità permanente* di grado superiore al 50% né le persone permanentemente inabili al lavoro.

Sussiste inabilità lavorativa totale allorquando, in seguito a *malattia* o infermità, da un punto di vista medico non si può ritenere l'*Assicurato* in grado di svolgere un'attività lavorativa. Anche in tale caso l'inabilità non sussiste se l'*Assicurato* continui effettivamente a lavorare

L'assicurazione cessa con il manifestarsi delle cause di non assicurabilità nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 C.C.

Si conviene infine che le persone affette da infermità gravi e permanenti, da mutilazioni o difetti fisici rilevanti, sono assicurabili solo previo consenso della *Società*.

## ARTICOLO 6 - Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro l'*Assicurato*, il *Contraente* o gli aventi diritto, devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società*, entro sette giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, a sensi dell'articolo 1913 C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 C.C.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, causa dell'evento e delle modalità di accadimento. Inoltre deve essere corredata da referto medico attestante la natura della lesione, la prognosi, l'eventuale necessità di ricovero o di intervento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato per mezzo di ulteriori certificazioni mediche fino ad avvenuta guarigione..

### 6.1 - Obblighi dell'Assicurato

In seguito all'*infortunio*, l'*Assicurato* deve sottoporsi ad adeguate terapie mediche e proseguirle fino alla conclusione allo scopo di ridurre o eliminare i danni derivanti dall'*infortunio*.

L'*Assicurato* o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla *Società* tutte le indagini e gli accertamenti necessari, nessuno escluso o eccezionato. A tale fine essi liberano dal segreto professionale tutti i medici e tutte le strutture sanitarie cui l'*Assicurato* si sia rivolto a qualunque titolo.

In caso di decesso dell'*Assicurato*, questo deve essere denunciato entro tre giorni a mezzo telegramma anche quando l'*infortunio* sia stato già denunciato.

### 6.2 - Criteri di indennizzabilità

La *Società* corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'*infortunio* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'*infortunio*, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Qualora tuttavia:

- a) le conseguenze dell'*infortunio* siano influenzate da malattie o infermità indipendenti dal *sinistro*, la prestazione viene ridotta in proporzione all'incidenza della *malattia* o dell'infermità su dette conseguenze.  
Eccettuati gli eventi di cui alle lettere e) e f) dell'art. 3.1, tale limitazione non si applica ove l'incidenza sulle suddette conseguenze sia inferiore al 25%;
- b) l'*infortunio* colpisca parti o organi del corpo già parzialmente danneggiati, compromessi o inutilizzabili o qualora le conseguenze del *sinistro* provochino l'aggravamento di una insufficienza organica preesistente, la prestazione dell'assicurazione è proporzionata all'aumento del grado di *invalidità*;
- c) l'*Assicurato* sia affetto da disturbi psichici o nervosi, la prestazione assicurativa viene fornita solo se tali disturbi sono riconducibili ad una *malattia* organica del sistema nervoso provocata dall'*infortunio* o a epilessia insorta a seguito dell'*infortunio* stesso. I disturbi psichici (nevrosi, psiconevrosi e simili) non sono mai riconosciuti come conseguenze di un *infortunio*;
- d) nel caso di ernia del disco intervertebrale la prestazione sarà eseguita soltanto qualora sia riconducibile ad un'azione meccanica diretta sulla colonna vertebrale e non si tratti di un aggravamento di sintomi preesistenti all'*infortunio*;
- e) nel caso di ernie addominali ed inguinali di qualsiasi genere la prestazione verrà eseguita soltanto qualora sia direttamente riconducibile ad un'azione meccanica esterna e non a predisposizione.

### **6.3 - Pagamento dell'indennizzo**

La *Società* liquida l'indennizzo dopo due settimane dal momento in cui la causa del *sinistro* e l'ammontare della prestazione sono stati definiti.

Qualora non siano insorte contestazioni sulla causa ma non sia stato definito l'ammontare, il *Beneficiario* può esigere, decorso un mese, pagamenti a titolo di acconto sull'intero credito spettante fino alla somma minima sicuramente dovuta dalla *Società* in base alla documentazione fornita.

L'incompleta o la mancata osservanza degli adempimenti richiesti all'Assicurato avrà per conseguenza la ritardata definizione del *sinistro*.

### **6.4 - Arbitrato irrituale**

Le divergenze sul grado di *invalidità permanente* nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'articolo 6.2, sono demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* a epoca da definirsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi alla liquidazione definitiva dell'*infortunio*.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **6.5 - Diritto di surroga**

La *Società* rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga che le compete per l'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

Condizioni particolari della

## ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

### “PACCHETTO INFORTUNI”

(Tariffa SA/.../SE • CPA. Mod. 60A - ed. 06/2009)

#### ARTICOLO 1 - Operatività

L'assicurazione complementare è operante a favore della persona assicurata indicata in *polizza* e limitatamente alle garanzie ivi richiamate.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e l'assicurazione complementare rientri in vigore, non possono essere avanzate pretese relative all'assicurazione complementare per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Essa inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili della Società.

#### ARTICOLO 2 - Condizioni applicabili

All'assicurazione complementare si applicano le *Condizioni* dell'assicurazione principale in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle presenti disposizioni, ivi comprese le *Condizioni aggiuntive* richiamate.

##### 2.1 - Decorrenza e scadenza

L'assicurazione complementare ha la stessa decorrenza e scadenza dell'assicurazione principale.

In ogni caso l'assicurazione complementare cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età.

Raggiunto tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del *premio* senza che in contrario possa opporsi l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente; premi che in tal caso verranno restituiti, al netto delle eventuali imposte.

##### 2.2 - Premi

L'assicurazione complementare viene prestata dietro il pagamento di un *premio* annuo anticipato totalizzato nel *premio* complessivo di *polizza*.

Il *premio*, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto nella stessa rateazione prevista per l'assicurazione principale, a partire dall'inizio del contratto e per tutta la *durata* stabilita ovvero fino alla morte dell'*Assicurato* qualora questa avvenga prima della scadenza del contratto

##### 2.3 - Estinzione dell'assicurazione complementare

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

- a) in caso di interruzione del pagamento dei relativi premi;
- b) in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale;
- c) alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'*Assicurato* compie il 75° anno di età;
- d) in caso di recesso ai sensi dell'articolo 2.4 delle presenti *Condizioni*.

##### 2.4 - Recesso in seguito a sinistro

Dopo ogni denuncia di *sinistro* e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo ciascuna delle parti avrà diritto di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Nel caso in cui a recedere sia l'Assicuratore verrà rimborsata al *Contraente*, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del *premio* relativa al periodo di rischio non corso, esclusa soltanto l'imposta. Qualora a recedere sia il *Contraente* la *Società* avrà diritto a trattenere il *premio* relativo all'annualità in corso al momento del recesso.

### ARTICOLO 3 - Oggetto dell'assicurazione; garanzie di base

La presente assicurazione complementare vale per gli infortuni che si verifichino durante il periodo di validità del contratto e per le somme indicate in *polizza*

Premesso che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del *Contraente* che l'attività professionale svolta dall'*Assicurato* è quella indicata nella *proposta dell'assicurazione* principale, la garanzia vale per gli infortuni che l'*Assicurato* subisca:

- a) nell'ambito dell'attività professionale dichiarata;
- b) nello svolgimento di ogni altra normale attività legata alla vita privata che non abbia caratteristiche di professionalità.

L'indennizzo non è dovuto se l'attività diversa rientra fra quelle che la *Società* di norma non assicura.

Si definisce *infortunio* l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una *invalidità permanente*.

#### 3.1 - Estensioni della garanzia

Sono indennizzabili anche, a condizione che si verifichino indipendentemente dalla volontà dell'*Assicurato*:

- a) l'annegamento e le conseguenze di ustioni, fulmini o scariche elettriche;
- b) le conseguenze dell'inalazione di gas, fumi o vapori, nonché l'avvelenamento e le corrosioni conseguenti a ingestione di sostanze velenose o corrosive, salvo il caso che tali eventi si sviluppino gradualmente;
- c) le lussazioni, gli strappi e le lacerazioni – non di organi o vasi interni – conseguenti a sforzi improvvisi e non abituali;
- d) le conseguenze delle infezioni di ferite dovute a *infortunio* indennizzabile a sensi di *polizza*;
- e) le lesioni al menisco;
- f) le lussazione di arti, gli strappi e lacerazioni di arti, muscoli, tendini, legamenti, nonché delle capsule articolari attorno alla colonna vertebrale;
- g) le conseguenze del tetano e della rabbia, a condizione che siano causate da *infortunio* indennizzabile ai sensi di contratto;
- h) le conseguenze della poliomielite e della meningo-encefalite provocata dal morso di zecche, nonché della meningo-polineurite conseguente a borreliosi contratta in seguito al morso di zecche, purché la *malattia* sia stata accertata da test serologici e si manifesti al più presto 15 giorni dopo la data di inizio dell'assicurazione ma non oltre 15 giorni dopo l'estinzione dell'assicurazione.

Come inizio della *malattia* si considera il giorno nel quale per la prima volta è stato consultato un medico a causa della *malattia* diagnosticata come poliomielite, meningo-encefalite o meningo-polineurite.

La prestazione viene erogata in caso di decesso o *invalidità permanente*, nell'ambito della somma assicurata, con il massimo di 100.000,00 €

- i) gli infortuni conseguenti a infarto cardiaco o colpo apoplettico. In nessun caso tuttavia l'infarto cardiaco e/o il colpo apoplettico sono riconosciuti quale conseguenza di infortunio;
- j) le lesioni sofferte in conseguenza di imperizia, imprudenza e negligenze gravi;
- k) l'assideramento e il congelamento che siano conseguenza di *infortunio* indennizzabili ai sensi di *polizza*;
- l) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana e in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche di terrorismo;
- m) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*;
- n) gli infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.
- o) le conseguenze di morsi o calci di animali.

### 3.2 - Rischio volo

La copertura assicurativa è estesa anche agli infortuni subiti dall'Assicurato quale passeggero di aeromobili a motore adibiti al trasporto di persone.

Per passeggero si intende colui che non sia in rapporto causale con l'esercizio dell'aeromobile, che non sia membro dell'equipaggio né che eserciti un'attività lavorativa comunque collegata all'aeromobile.

### 3.3 - Pratica sportiva

L'assicurazione vale per la *pratica* di tutti gli sport, fatta eccezione per:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei in genere.

L'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare e relative prove e allenamenti esclusivamente per i seguenti sport, ma alla duplice condizione che le corse e le gare non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti o in modo da costituire, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'Assicurato:

– baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis.

### 3.4 - Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

## ARTICOLO 4 - Prestazioni

La presente assicurazione complementare garantisce le prestazioni illustrate agli articoli 4.1 – 4.2 – 4.3 – 4.4, in quanto richiamate in *polizza*.

#### 4.1 - Morte

In caso di morte conseguente a *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, la *Società* corrisponde la somma assicurata per tale titolo, dedotti i pagamenti effettuati per *invalidità permanente* derivante dal medesimo evento.

Qualora l'entità di detti pagamenti sia maggiore della somma dovuta per il caso di morte, la *Società* non potrà chiedere la restituzione della differenza.

#### 4.2 - Invalidità permanente

Se entro un anno dalla data dell'*infortunio* risulta che dal medesimo deriva un'*invalidità permanente* la *Società* ne accerta il grado.

Se il grado di *invalidità* accertato è superiore al 5%, la *Società* liquida l'indennità sulla somma assicurata per *invalidità permanente* assoluta applicando le percentuali previste dalla seguente tabella, indipendentemente dalla maggiore o minore capacità lavorativa.

Se il grado di *invalidità* accertato è minore o uguale al 5%, la *Società* non liquida alcun indennizzo.

##### 4.2.1 - Disposizioni per la determinazione del grado di invalidità

a) Perdita totale, fisica o funzionale, di:

– un arto superiore dall'articolazione della spalla	80%
– arto superiore fino al di sopra dell'articolazione del gomito	75%
– articolazione di un gomito	70%
– un arto superiore al di sotto dell'articolazione del gomito o una mano	60%
– un pollice	20%
– un indice	10%
– un altro dito	5%

– un arto inferiore fino al di sopra della metà della coscia	70%
– un arto inferiore fino alla metà della coscia	60%
– un arto inferiore fino alla metà del polpaccio, o un piede	50%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	2%
– capacità visiva di entrambi gli occhi	100%
– capacità visiva di un occhio	50%
se la capacità visiva dell'altro occhio era già venuta meno prima del verificarsi dell'evento assicurato	65%
– udito di entrambe le orecchie	80%
– udito di un orecchio	30%
se l'udito dell'altro orecchio era già compromesso prima del verificarsi dell'evento assicurato	50%
– olfatto	10%
– gusto	10%

Valgono inoltre le seguenti disposizioni:

- b) in caso di perdita parziale – anatomica o funzionale – dei succitati organi o sensi le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione.  
In caso di limitazioni funzionali degli arti superiori o inferiori la percentuale riferita all'intera estremità si applica in proporzione;
- c) qualora non sia possibile stabilire il grado di *invalidità* in base alle disposizioni della lettera a), si prende in considerazione la misura in cui è pregiudicata la funzionalità fisica dal punto di vista medico.  
Si sommano le percentuali risultanti dalle lettere a) e c), fermo restando il disposto della lettera g);
- d) in caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o sensi, il totale delle percentuali raggiunte non può comunque superare il 100%;
- e) se il grado di *invalidità permanente*, determinato secondo le disposizioni del presente articolo, lettere da a) a c), è:
- superiore al 50% ma inferiore al 100%, sulla quota eccedente il 50% la prestazione viene raddoppiata;
  - uguale al 100 %, la Società riconosce un indennizzo pari al doppio della somma assicurata per tale titolo.
- f) nel corso del primo anno assicurativo la prestazione per *invalidità permanente* avviene soltanto se la natura e la misura delle conseguenze dell'*infortunio* da un punto di vista medico sono accertate in modo univoco.  
Se il grado dell'*invalidità* non è definito in modo univoco, annualmente ma entro un termine massimo di quattro anni dall'*infortunio* sia l'*Assicurato* sia la *Società* hanno il diritto di fare ricalcolare il grado di *invalidità* da parte di un consulente medico; a partire da due anni dalla data dell'*infortunio* tale procedura può essere demandata anche ad un Collegio medico.  
Qualora tale procedura si concluda con la definizione di una prestazione per *invalidità* superiore a quella eventualmente già anticipata, sulla differenza sono dovuti gli interessi nella misura del tasso legale dalla data dell'anticipazione;
- g) in caso di morte dell'*Assicurato*:
- conseguente all'*infortunio* e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, non sussiste alcun diritto alla prestazione per *invalidità*;
  - non conseguente all'*infortunio* e che si verifichi entro un anno dalla data dello stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti;
  - conseguente o non all'*infortunio* e che si verifichi oltre un anno dalla data dello stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti.



### 4.3 - Rendita temporanea da infortunio

Se in conseguenza di *infortunio* viene accertata un'*invalidità permanente* di grado pari o superiore al 50% della totale, la *Società* si impegna a erogare all'*Assicurato*, indipendentemente dalla sua età, una *rendita vitalizia* temporanea della durata di anni 10, in rate mensili anticipate, nella misura indicata in *polizza*.

La determinazione del grado di *invalidità permanente* viene effettuata senza tenere conto dell'art. 6.2 lettera a) secondo comma delle presenti *condizioni*.

#### 4.3.1 - Decorrenza della rendita

Una volta che sia accertato il diritto dell'*Assicurato* alla prestazione e decorso il termine di cui all'art. 6.3 delle presenti *Condizioni*, la *Società* eroga la rendita a decorrere dal giorno primo del mese successivo alla data dell'*infortunio*.

#### 4.3.2 - Durata

La prestazione viene erogata per la *durata* stabilita ma viene meno al momento della premorienza dell'*Assicurato*.

Valgono inoltre le seguenti disposizioni:

- a) entro quattro anni dalla data dell'*infortunio*, la *Società* ha il diritto di richiedere all'*Assicurato* di sottoporsi a nuovo accertamento medico legale. Qualora da tale accertamento risulti che la percentuale di *invalidità* riconducibile direttamente all'*infortunio* è discesa al di sotto del 50%, il diritto alla *rendita* si estingue dalla data dell'accertamento senza che l'*Assicurato* debba restituire le somme già percepite.

Le spese dell'accertamento sanitario sono a carico della *Società*.

- b) Se l'*Assicurato* rifiuta l'accertamento sanitario ovvero non vi si sottopone entro tre mesi dalla richiesta della *Società*, decade dal diritto alle rate di rendita rimanenti.

### 4.4 - Diaria giornaliera da ricovero

Se in conseguenza di un *infortunio* ai sensi delle presenti *condizioni* l'*Assicurato* viene ricoverato in *Istituto di cura*, la *Società* liquida la somma assicurata indicata in *polizza* per ogni giorno di degenza.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, anche non consecutivi, nell'arco di due anni dal giorno dell'*infortunio*.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

#### 4.4.1 - Liquidazione della prestazione

La *Società* liquida l'indennità su presentazione della cartella clinica e dell'ulteriore documentazione sanitaria che giudicasse necessaria.

## ARTICOLO 5 - Esclusioni

L'Assicurazione non copre gli infortuni:

- a) subiti in seguito a fatti bellici di qualsiasi genere.
- b) derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* è privo della prescritta abilitazione;
- c) derivanti dalla *pratica*, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- d) conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della *pratica* del paracadutismo, dell'attività di pilota speciale (per esempio: deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc.). E' fatto salvo quanto previsto all'articolo 3.2;
- f) che siano conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;

- g) subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da *infortunio* indennizzabile ai sensi delle presenti condizioni dell'assicurazione complementare;
- i) derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- j) conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- k) derivanti dalla partecipazione volontaria e attiva dell'*Assicurato* a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari.

Il suicidio non è mai riconosciuto come *infortunio*.

Le malattie non sono mai riconosciute come *infortunio*; le malattie infettive non sono riconosciute quali conseguenza di un *infortunio*. Ciò non vale per quanto disposto all'art. 3.1, lettere g) e h).

### 5.1 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicomanie, AIDS, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti.

Non sono altresì assicurabili le persone che risultino colpite da *invalidità permanente* di grado superiore al 50% né le persone permanentemente inabili al lavoro.

Sussiste inabilità lavorativa totale allorquando, in seguito a *malattia* o infermità, da un punto di vista medico non si può ritenere l'*Assicurato* in grado di svolgere un'attività lavorativa. Anche in tale caso l'inabilità non sussiste se l'*Assicurato* continui effettivamente a lavorare.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi delle cause di non assicurabilità nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 C.C.

Si conviene infine che le persone affette da infermità gravi e permanenti, da mutilazioni o difetti fisici rilevanti, sono assicurabili solo previo consenso della *Società*.

## ARTICOLO 6 - Denuncia dei sinistri

In caso di *sinistro* l'*Assicurato*, il *Contraente* o gli aventi diritto, devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società*, entro sette giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'articolo 1913 C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 C.C.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, causa dell'evento e delle modalità di accadimento. Inoltre deve essere corredata da referto medico attestante la natura della lesione, la prognosi, l'eventuale necessità di *ricovero* o di intervento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato per mezzo di ulteriori certificazioni mediche fino ad avvenuta guarigione.

### 6.1 - Obblighi dell'Assicurato

In seguito all'*infortunio*, l'*Assicurato* deve sottoporsi ad adeguate terapie mediche e proseguirle fino alla conclusione allo scopo di ridurre o eliminare i danni derivanti dall'*infortunio*.

L'*Assicurato* o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla *Società* tutte le indagini e gli accertamenti necessari, nessuno escluso o eccettuato. A tale fine essi liberano dal segreto professionale tutti i medici e tutte le strutture sanitarie cui l'*Assicurato* si sia rivolto a qualunque titolo.

In caso di decesso dell'*Assicurato*, questo deve essere denunciato entro tre giorni a mezzo telegramma anche quando l'*infortunio* sia stato già denunciato.

## 6.2 - Criteri di indennizzabilità

La *Società* corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'*infortunio* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'*infortunio*, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Qualora tuttavia:

- a) le conseguenze dell'*infortunio* siano influenzate da malattie o infermità indipendenti dal *sinistro*, la prestazione viene ridotta in proporzione all'incidenza della *malattia* o dell'infermità su dette conseguenze.  
Fatta eccezione per gli eventi di cui alle lettere e) e f) dell'art. 3.1, tale limitazione non si applica ove l'incidenza sulle suddette conseguenze sia inferiore al 25%;
- b) l'*infortunio* colpisca parti o organi del corpo già parzialmente danneggiati, compromessi o inutilizzabili o qualora le conseguenze del *sinistro* provochino l'aggravamento di una insufficienza organica preesistente, la prestazione dell'assicurazione è proporzionata all'aumento del grado di *invalidità*;
- c) l'*Assicurato* sia affetto da disturbi psichici o nervosi, la prestazione assicurativa viene fornita solo se tali disturbi sono riconducibili ad una *malattia* organica del sistema nervoso provocata dall'*infortunio* o a epilessia insorta a seguito dell'*infortunio* stesso. I disturbi psichici (nevrosi, psiconevrosi e simili) non sono mai riconosciuti come conseguenze di un *infortunio*;
- d) nel caso di ernia del disco intervertebrale la prestazione sarà eseguita soltanto qualora sia riconducibile ad un'azione meccanica diretta sulla colonna vertebrale e non si tratti di un aggravamento di sintomi preesistenti all'*infortunio*;
- e) nel caso di ernie addominali ed inguinali di qualsiasi genere la prestazione verrà eseguita soltanto qualora sia direttamente riconducibile ad un'azione meccanica esterna e non a predisposizione.

## 6.3 - Pagamento dell'indennizzo

La *Società* liquida l'indennizzo dopo due settimane dal momento in cui la causa del *sinistro* e l'ammontare della prestazione sono stati definiti.

Qualora non siano insorte contestazioni sulla causa ma non sia stato definito l'ammontare, il *Beneficiario* può esigere, decorso un mese, pagamenti a titolo di acconto sull'intero credito spettante fino alla somma minima sicuramente dovuta dalla *Società* in base alla documentazione fornita.

L'incompleta o la mancata osservanza degli adempimenti richiesti all'*Assicurato* avrà per conseguenza la ritardata definizione del *sinistro*.

## 6.4 - Arbitrato irrituale

Le divergenze sul grado di *invalidità permanente* nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'articolo 6.2, sono demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o di domicilio dell'*Assicurato*.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente* a epoca da definirsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi alla liquidazione definitiva dell'*infortunio*.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

## **6.5 - Diritto di surroga**

La *Società* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga che le compete per l'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

Condizioni particolari della

**ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO  
DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INABILITÀ  
CONSEQUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO**

(Tariffa 9E / 9I • CPA Mod. 54A - ed. 06/2009)

**ARTICOLO 1 - Operatività**

La presente assicurazione complementare è valida solo se espressamente indicata in *polizza*. Essa è stipulata a favore della persona in seguito definita e che non abbia superato i 50 anni di età al momento della conclusione del presente contratto:

- se *Assicurato* e *Contraente* sono la stessa persona fisica, la garanzia complementare è stipulata sulla persona fisica "Assicurato-Contraente" (tariffa 9E);
- se *Assicurato* e *Contraente* sono persone fisiche distinte, la garanzia complementare è stipulata a favore della persona fisica "Contraente" (tariffa 9I).

Nel prosieguo delle presenti *Condizioni particolari* e unicamente ai fini della presente assicurazione complementare, pertanto, il termine "Assicurato" designerà la persona fisica come sopra individuata a favore della quale, a seconda del caso, è operante la garanzia complementare.

Questa assicurazione complementare non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Inoltre non dà diritto a partecipazione agli utili della Società.

**ARTICOLO 2 - Condizioni particolari**

All'assicurazione complementare si applicano le *condizioni* dell'assicurazione principale - ivi comprese le *condizioni aggiuntive*, se richiamate - in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle presenti disposizioni.

**2.1 - Decorrenza e scadenza**

L'assicurazione complementare ha la stessa decorrenza e scadenza dell'assicurazione principale.

In ogni caso l'assicurazione complementare cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'"Assicurato" compie il 65° anno di età.

Raggiunto tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del *premio* senza che in contrario possa opporsi l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti, al netto delle eventuali imposte.

**2.2 - Premio**

L'assicurazione complementare viene prestata dietro il pagamento di un *premio* annuo anticipato indicato in *polizza*. Tale *premio* è inscindibile dal *premio* complessivo di *polizza*.

Il *premio*, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto nella rateazione accordata all'assicurazione principale, a partire dall'inizio del contratto e per tutta la *durata* stabilita ovvero fino alla morte dell'"Assicurato" qualora questa avvenga prima della scadenza del contratto.

**2.3 - Estinzione dell'assicurazione complementare**

L'assicurazione complementare si estingue e i relativi *premi* restano acquisiti alla *Società*:

- a) in caso di interruzione o cessazione per qualsiasi causa del pagamento del *premio* dell'assicurazione complementare;
- b) in seguito a interruzione o cessazione per qualsiasi causa, salvo il caso di esonero, del pagamento del *premio* dell'assicurazione principale;

c) alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'“Assicurato” compie il 65° anno di età.

Qualora l'assicurazione principale estinta o franca da premi venga riattivata e le assicurazioni complementari rientrano in vigore, non possono essere avanzate pretese relative alle assicurazioni complementari per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

### ARTICOLO 3 - Prestazione assicurata

Qualora l'“Assicurato” divenga totalmente inabile al lavoro in seguito a *malattia* o *infortunio*, l'“Assicurato” stesso è esonerato dal pagamento del *premio* a partire dal giorno seguente al 42° giorno di inabilità lavorativa ininterrotta e per tutto il permanere della stessa.

#### 3.1 - Definizione di inabilità al lavoro

Agli effetti della presente assicurazione complementare, per inabilità al lavoro deve intendersi la perdita in misura totale della capacità dell'“Assicurato” ad attendere alla sua professione o mestiere e a ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini, conoscenze e capacità presunte, purché la detta perdita sia dovuta a:

- una *malattia* evidente; ovvero
- un *infortunio*; ovvero
- diminuzione delle capacità psichiche o fisiche.

Ai sensi delle presenti *condizioni particolari*, con riguardo agli “Assicurati” di sesso femminile, si considera professione o attività produttiva di un reddito anche la cura della propria famiglia. La gravidanza e le eventuali conseguenze del parto fisiologico non sono mai considerate *malattia*.

### ARTICOLO 4 - Limitazioni della garanzia

L'assicurazione complementare non copre la perdita parziale della capacità lavorativa e non copre altresì le conseguenze di:

- a) autolesionismo intenzionale o lesioni riportate con colpa grave, tentato suicidio;
- b) malattie contratte o ferite riportate in seguito alla partecipazione a eventi bellici o alla partecipazione attiva a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari;
- c) malattie e perdita di forze intenzionalmente procurate;
- d) delitti dolosi commessi dall'“Assicurato”.

L'Assicurazione non copre inoltre le malattie o le lesioni causate da:

- e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'“Assicurato” è privo della prescritta abilitazione;
- f) *pratica*, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) esercizio dell'attività di pilota di qualunque tipo di mezzo aereo;
- i) utilizzo, anche come trasportato, di aeromobili speciali quali ad esempio: parapendii, deltaplani, mongolfiere, ultraleggeri e simili, nessuno escluso o eccettuato;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'“Assicurato”;
- k) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), catastrofe nucleare.

#### 4.1 - Pratica sportiva

L'assicurazione non vale per la *pratica* dei seguenti sport:

pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, speleologia, rafting, rugby, football americano, jumping, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei e motonautici in genere, vela d'altura.

### ARTICOLO 5 - Denuncia dell'inabilità e richiesta di riconoscimento

Verificatasi l'inabilità, l'“Assicurato” deve, entro quattro settimane dalla scadenza del periodo di franchigia, darne comunicazione per iscritto alla *Società* a mezzo raccomandata e richiederne il riconoscimento.

Detta comunicazione deve essere corredata da un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della *malattia* o della lesione che ha prodotto l'inabilità, dalle eventuali certificazioni delle strutture sanitarie cui l'“Assicurato” abbia fatto ricorso e da ogni altra certificazione sanitaria che la *Società* riterrà necessaria.

Il rapporto del medico curante deve precisare altresì la data di insorgenza dell'inabilità e la sua prevedibile durata.

L'inosservanza di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 C.C.

#### 5.1 - Obblighi dell'“Assicurato”

L'“Assicurato” deve fornire tutte le informazioni sulle cause e sulle conseguenze dell'inabilità e deve consentire alla *Società* tutte le indagini e gli accertamenti che la *Società* giudichi opportuni. A tal fine l'“Assicurato” si impegna a liberare dal segreto professionale i medici cui si sia rivolto a qualunque titolo.

Entro 30 giorni dall'acquisizione di tutta la documentazione necessaria, la *Società* comunica per iscritto all'“Assicurato” se riconosce lo stato di inabilità totale e se concede l'esonero dal pagamento del *premio*.

Se la *Società* riconosce l'esenzione, alla scadenza di ogni *premio* essa ha il diritto di richiedere all'“Assicurato” ulteriore documentazione e certificazioni mediche che attestino la persistenza ininterrotta dell'inabilità totale e ciò fino a quando non venga accertata una inabilità permanente.

La *Società* può inoltre richiedere, in qualsiasi momento e a proprie spese, un controllo dell'“Assicurato” da parte di un proprio medico fiduciario.

#### 5.2 - Ritardata denuncia

Qualora la denuncia venisse presentata dopo la decorrenza del termine di cui all'articolo 5), se la *Società* riconosce lo stato di inabilità totale, la prestazione decorre dalla data della denuncia sempre che, a quel momento, lo stato di inabilità perduri ancora.

#### 5.3 - Adempimenti successivi al termine dell'inabilità

Entro quattro settimane dalla fine dell'inabilità totale al lavoro, l'“Assicurato” deve darne comunicazione alla *Società* unendo ulteriore certificazione medica attestante tale situazione.

#### 5.4 - Inosservanza degli adempimenti a carico dell'“Assicurato”

Se l'“Assicurato” non esegue puntualmente gli adempimenti successivi al riconoscimento dell'inabilità e al termine della stessa, disposti dal presente articolo 5) nella sua interezza, il diritto all'esonero dal pagamento del *premio* decade, con effetto retroattivo, dalla data che la *Società* aveva convenuto essere quella di inizio dell'inabilità al lavoro.

In tale caso l'“Assicurato” è obbligato a rifondere alla *Società* tutte le somme esonerate come se la presente garanzia non fosse stata mai operante.

## **ARTICOLO 6 - Liquidazione della prestazione**

Se viene accertato il diritto all'esonero, per ogni giorno di inabilità la *Società* deduce, dall'ammontare del *premio* dovuto, la trecentosessantacinquesima parte del *premio* annuale previsto dal contratto, con riferimento all'anno assicurativo nel quale cade il giorno di esonero.

Il *premio* esonerato, calcolato come sopra, comprende l'imposta sulle assicurazioni e l'eventuale addizionale di frazionamento se il pagamento è convenuto in rate sub-annuali.

Il *premio* esonerato non comprende la rata degli interessi dovuti in conseguenza di prestiti accesi sull'Assicurazione principale.



Condizioni particolari della

**GARANZIA DELL'ESONERO**

**DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI DISOCCUPAZIONE**

**CON POSTICIPAZIONE DELLA SCADENZA CONTRATTUALE**

(CPA Mod. 64A - ed. 06/2009)

**ARTICOLO 1 - Operatività**

**1.1** - La presente assicurazione è operante a favore della persona assicurata indicata nel documento di polizza che deve identificarsi con la persona del Contraente e non aver compiuto i 35 anni di età al momento della conclusione del presente contratto.

**1.2** - Se non disposto diversamente, le Condizioni Generali di Assicurazione trovano applicazione per analogia. Eventuali disposizioni riguardanti la partecipazione agli utili dell'assicurazione principale non hanno validità.

**ARTICOLO 2 – Prestazione assicurata**

**2.1** - A partire dal terzo anno assicurativo, in caso di disoccupazione, la persona assicurata può richiedere in base alle presenti norme di essere esonerata, per l'esatta durata di un anno, dal pagamento dei premi per l'assicurazione principale e per l'assicurazione accessoria caso morte eventualmente compresa nel contratto.

**2.2** – Per tutta la durata sopra stabilita, la garanzia dell'assicurazione principale per il caso morte rimane invariata e operante. Rimane altresì operante l'eventuale assicurazione aggiuntiva temporanea per il caso di morte (assicurazione di rischio) fino a concorso di una somma massima pari al 50% della somma assicurata in base all'assicurazione principale.

Le garanzie di eventuali assicurazioni infortuni e di altre assicurazioni complementari non sono operanti nell'annualità di esonero.

**2.3** - Per la durata stabilita dell'esonero, l'eventuale clausola di indicizzazione del premio non comporta alcun ulteriore aumento del premio convenuto.

**2.4** - Durante l'anno di esonero il contratto non beneficia dell'assegnazione di quote di utili.

**2.5** - Trascorso l'anno di esonero dal pagamento del premio, il contratto –prolungato di un anno - prosegue come da stato iniziale precedente l'esonero. La scadenza contrattuale si posticipa di un anno.

**ARTICOLO 3 – Definizione di disoccupazione**

**3.1** - Ai sensi delle presenti condizioni particolari, per disoccupazione si intende l'iscrizione dell'Assicurato alle liste di collocamento come soggetto disoccupato e in cerca di nuova occupazione, nonché il diritto all'indennità di disoccupazione ovvero la circostanza di avere già usufruito di tale diritto.

**ARTICOLO 4 – Ripetersi di periodi di disoccupazione**

In caso di ripetuta disoccupazione, la prestazione è fruibile una seconda volta, purché tra i due anni di esonero sia trascorso almeno un anno, il cui premio sia stato interamente pagato. Per la prosecuzione del contratto dopo il secondo anno di esonero dal pagamento si applica l'art. 2.5) per analogia. In particolare, la scadenza contrattuale viene posticipata complessivamente di due anni.

## **ARTICOLO 5 - Denuncia del sinistro**

In caso di disoccupazione come precisato all'art. 3.1 l'Assicurato deve esibire idonea certificazione rilasciata dall'Ufficio di Collocamento attestante che l'Assicurato è disoccupato e in cerca di lavoro nonché il suo diritto all'indennità di disoccupazione, ovvero l'avvenuta fruizione di tale diritto.

Condizioni particolari di  
**AGGIORNAMENTO DEL PREMIO**  
(CPA Mod. 56A – ed. 06/2009)

**ARTICOLO 1 - Operatività**

Le disposizioni del presente allegato sono operanti a condizione che il *Contraente* ne abbia fatto espressa richiesta:

- prima della conclusione del contratto, ovvero
- in corrispondenza di qualunque ricorrenza annuale del contratto, con preavviso di 90 giorni.

**1.1 - Condizioni particolari**

Al presente allegato si applicano le *Condizioni* dell'assicurazione principale in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle presenti *Condizioni particolari*.

**ARTICOLO 2 - Indice di riferimento**

Il *premio* è soggetto ogni anno ad aggiornamento in base al numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di statistica, in conformità alle disposizioni che seguono.

Qualora detto indice venga abolito, si utilizzerà in sua vece il parametro sostitutivo.

**ARTICOLO 3 - Aggiornamento del premio**

Il *premio* si aggiorna alle seguenti condizioni:

- a) al contratto è assegnato come riferimento iniziale l'indice medio dell'anno solare antecedente a quello della data di effetto del contratto stesso, se la data di effetto cade negli ultimi due quadrimestri dell'anno di calendario. Se la data di effetto cade nel primo quadrimestre dell'anno, al contratto viene assegnato l'indice medio del secondo anno solare precedente;
- b) l'aggiornamento si effettua per la prima volta ponendo a raffronto l'indice di cui alla lettera a) con quello relativo all'anno precedente e aumentando il *premio* in proporzione;
- c) gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima ricorrenza annuale del *premio* dopo la conclusione del contratto, successiva all'anno in cui si è verificata la variazione e fino a quando il contratto stesso abbia una *durata* residua superiore a cinque anni. Dopo tale epoca cessa ogni aggiornamento.
- d) per i successivi aggiornamenti si procede analogamente, aumentando l'ultimo *premio* aggiornato secondo le modalità di cui alle lettere precedenti;
- e) se il raffronto di cui alla lettera b) evidenzia un aumento inferiore al 4%, il *premio* viene aumentato del 4%;
- f) la percentuale di aumento è arrotondata a un decimale.

**3.1 - Aggiornamento della prestazione**

Il *premio* in aumento viene impiegato dalla *Società* quale *premio* unico d'inventario di una *polizza* aggiuntiva in base alla tariffa dell'assicurazione principale, all'età dell'*Assicurato* al momento dell'aggiornamento e alla *durata* residua del contratto, senza previa verifica dello stato di salute dell'*Assicurato*.

La prestazione di ogni *polizza* aggiuntiva si somma a quella delle altre polizze aggiuntive già accese per effetto di precedenti aggiornamenti e a quella della *polizza* principale.

L'aggiornamento delle assicurazioni complementari è regolato dall'articolo 5.2 delle presenti *Condizioni particolari*.

Al termine di ogni anno assicurativo, la *Società* rilascia un'appendice alla *polizza* nella quale sono riportati il *premio* per il successivo anno assicurativo e la nuova somma assicurata.

## ARTICOLO 4 - Decadenza dell'aggiornamento

Il *Contraente* può rifiutare l'aggiornamento anche per mezzo della restituzione alla *Società* della detta appendice entro 1 mese dal ricevimento della medesima. In caso di rifiuto dell'aggiornamento per due anni consecutivi la richiesta di aggiornamento si intende decaduta.

L'aggiornamento decade altresì:

- in caso di ritardo di oltre 3 mesi nel pagamento del *premio*;
- oppure in seguito a esonero dal pagamento ai sensi delle *Condizioni particolari* che regolano detta assicurazione complementare.

## ARTICOLO 5 - Altre condizioni aggiuntive

Alla prestazione di cui al presente allegato, si applicano altresì le ulteriori *Condizioni aggiuntive* in seguito descritte.

### 5.1 - Condizioni di assicurazione, opzioni a scadenza, partecipazione agli utili

Le *Condizioni generali* e particolari di assicurazione che regolano il contratto cui il presente allegato si riferisce, le opzioni a scadenza e le condizioni di partecipazione agli utili si applicano anche ai supplementi di prestazione rivenienti dall'aggiornamento del *premio*.

I termini relativi alla limitazione della garanzia in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti o in caso di suicidio, decadono contemporaneamente a quelli previsti dal contratto di riferimento.

L'assegnazione degli utili della *Società* alle prestazioni rivenienti da ciascun aumento di *premio* avviene con le modalità e nei termini previsti dalle *Condizioni* dell'assicurazione principale, in funzione della residua *durata del contratto*.

### 5.2 - Assicurazioni complementari

Qualora il contratto preveda assicurazioni complementari, queste vengono disciplinate come segue:

- a) in caso di assicurazioni complementari la cui prestazione è proporzionata a quella dell'assicurazione principale, la prestazione dell'assicurazione complementare cresce nella stessa misura della prestazione principale. Il conseguente aumento di *premio* viene calcolato secondo la tariffa dell'assicurazione complementare;
- b) in caso di assicurazione complementare il cui *premio* è proporzionato a quello dell'assicurazione principale, il *premio* dell'assicurazione complementare cresce nella stessa misura del *premio* principale. Il conseguente aumento di prestazione viene stabilito secondo la tariffa dell'assicurazione complementare.

## GLOSSARIO

<b>Anno assicurativo:</b>	periodo espresso in anni interi calcolato a partire dalla decorrenza del contratto
<b>Appendice:</b>	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.
<b>Assicurato:</b>	persona fisica sulla cui vita è 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.
<b>Assicurazione principale</b>	assicurazione prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre prestazioni che di conseguenza possono essere definite complementari.
<b>Assicurazione Termine fisso:</b>	la Società garantisce il pagamento del capitale assicurato alla scadenza contrattuale, sia in caso di vita dell'Assicurato che in caso di sua premorienza, purché siano stati pagati i premi per tutta la durata prestabilita oppure fino alla morte dell'Assicurato qualora questa avvenga prima della scadenza
<b>Beneficiario:</b>	persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
<b>Condizioni aggiuntive di assicurazione:</b>	clausole contrattuali con le quali si intendono integrare le Condizioni generali e formano parte integrante del contratto in quanto richiamate in polizza.
<b>Condizioni generali di assicurazione:</b>	clausole di base previste dal contratto di assicurazione, che riguardano gli aspetti generali del contratto quali il pagamento del premio, la decorrenza, la durata. Possono essere integrate da condizioni aggiuntive e particolari.
<b>Condizioni particolari di assicurazione:</b>	insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle Condizioni generali di assicurazione.
<b>Contraente:</b>	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.
<b>Data di decorrenza:</b>	la data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
<b>Durata del contratto:</b>	periodo di tempo espresso in anni che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto.
<b>Impresa di assicurazione:</b>	vedi "Società".
<b>Infortunio:</b>	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l' <i>invalidità permanente</i> .
<b>Invalidità permanente:</b>	perdita, a seguito di infortunio, permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
<b>Istituto di cura:</b>	struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, case di soggiorno, strutture sanitarie aziendali, istituti di cura per malattie polmonari, cronicari, istituti psichiatrici, ospedali geriatrici.
<b>ISVAP:</b>	Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni Private di Interesse Collettivo
<b>Malattia:</b>	alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio.
<b>Polizza:</b>	documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
<b>Pratica sportiva:</b>	attività sportiva svolta a scopo ludico ricreativo.

<b>Premio di tariffa:</b>	corrispettivo dovuto all'Assicuratore per l'assicurazione principale e per le eventuali assicurazioni accessorie e complementari.
<b>Premio unico di inventario:</b>	costituito dalla somma del premio puro (premio di tariffa al netto di tutti i costi) e dei costi di gestione
<b>Proposta di assicurazione:</b>	documento con cui il Contraente chiede di stipulare un contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alla condizioni in esso indicate.
<b>Rendita vitalizia:</b>	rendita da corrispondersi finché l'Assicurato è in vita.
<b>Ricovero:</b>	degenza che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura pubblico o privato.
<b>Riserva matematica:</b>	importo che deve essere accantonato ogni anno dalla <i>Società</i> per fare fronte agli obblighi futuri derivanti dal contratto.
<b>Riserva matematica zilmerata:</b>	importo della Riserva matematica diminuita delle provvigioni di acquisto ancora da ammortizzare (da recuperare dal cliente)
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Società:</b>	la "Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group".
<b>Tasso d'interesse tecnico:</b>	il rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte dei premi.

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

In applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo, come previsto dall'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (di seguito denominato "Codice"), sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.

### **1 - Trattamento dei dati personali per finalità assicurative** <sup>(1)</sup>

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti (2) e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge (3) - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili (4) strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" (6).

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

### **2 - Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali**

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati barrando una delle caselle poste *nell'apposito riquadro "privacy" predisposto nella proposta di assicurazione.*

### **3 - Modalità di uso dei dati personali**

I dati sono trattati (7) dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro

conto compiti di natura tecnica od organizzativa (8); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

#### **4 - Titolare e responsabile del trattamento**

Titolare del trattamento è **Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group** con sede legale in Vienna – Schottenring 30 (Austria).

RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA: Via Vittor Pisani, 27 – 20124 Milano

DIREZIONE PER L'ITALIA: Via Cristoforo Colombo, 149 – 00147 Roma – telefono 06 510701 – fax 06 51070129.

Il Responsabile del trattamento è il Dott. Paolo Masci, domiciliato per la funzione presso la Direzione per l'Italia in Via Cristoforo Colombo, 149, Roma, e l'elenco aggiornato degli altri responsabili può essere visionato inoltrando la richiesta ai seguenti numeri tel. 06.5107011 – fax 06.51070129

#### **5 - Diritti dell'interessato**

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (9).

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso Wiener Städtische A.G. – Direzione per l'Italia, Servizio Privacy, Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma, telefono 06 5107011, fax 06 51070129, e-mail [wieder@wieneritalia.com](mailto:wieder@wieneritalia.com) (10).

\*

*Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso - per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" - apponendo la Sua firma in calce nell'apposito riquadro "privacy" predisposto nella proposta di assicurazione.*

#### **NOTE**

- 1) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 2) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 6, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici (v. nota 6, sesto e settimo trattino).
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 4) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.
- 5) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
  - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito);
  - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 8);



- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
  - ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
  - organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati -, quali (per il ramo assicurativo interessato):
    - assicurazioni vita: Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati nonché per la riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore delle assicurazioni vita rispetto alle frodi;
    - Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati;
  - nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 - Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPDAI (Viale delle Province, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.  
L'elenco completo e aggiornato dei soggetti di cui ai trattini precedenti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.
- 7) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
  - 8) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 6, secondo trattino).
  - 9) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e 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 del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.
  - 10) L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa.

Data ricevimento	Numero polizza
------------------	----------------

Agente	CAB	codice collaboratore
--------	-----	----------------------

**CONTRAENTE**

1	Cognome	Nome	Professione principale / attività secondaria				Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		Data di nascita GG MM AA		
Domicilio attuale (INDIRIZZO)			Località (COMUNE DI RESIDENZA)		CAP	PROV.	COMUNE ( O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA	
STATO CIVILE	ETA'	ATTIVITÀ ECONOMICA (LEGGE 5.7.91, n. 197)					codice fiscale/Partita IVA				
		SOTTOGRUPPO			RAMO GRUPPO						
Nr. Tel.:											

**ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)**

2	Cognome	Nome	Professione principale / attività secondaria				Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		Data di nascita GG MM AA		
Domicilio attuale (INDIRIZZO)			Località (COMUNE DI RESIDENZA)		CAP	PROV.	COMUNE ( O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA	
STATO CIVILE	ETA'	ATTIVITÀ ECONOMICA (LEGGE 5.7.91, n. 197)					codice fiscale/Partita IVA				
		SOTTOGRUPPO			RAMO GRUPPO						

**DATI CONTRATTUALI**

<b>ASSICURAZIONE PRINCIPALE E PRESTAZIONI</b>							
<input type="checkbox"/> EAS Rendimento più	<input type="checkbox"/>	DURATA premi	DURATA contratto*	INIZIO DEL CONTRATTO		CAPITALE ASS.TO O RENDITA	PREMIO
				0	1	€	€
<b>ASSICURAZIONE ACCESSORIA E PRESTAZIONI</b>							
<input type="checkbox"/> ZK caso morte	DURATA premi al massimo come sopra			COME SOPRA		€	€

**PACCHETTO INFORTUNI**

Tariffa	<input type="checkbox"/> SA (SM)	<input type="checkbox"/> SB (SN)	<input type="checkbox"/> SC (SP)	<input type="checkbox"/> SD (SR)	<input type="checkbox"/> SE (SS)	PREMIO
Morte Infortunio	Eur 22.000,--	Eur 44.000,--	Eur 66.000,--	Eur 88.000,--	Eur 110.000,--	
Invalidità fino a	Eur 22.000,--	Eur 44.000,--	Eur 66.000,--	Eur 88.000,--	Eur 110.000,--	
Invalidità totale 100%	Eur 44.000,--	Eur 88.000,--	Eur 132.000,--	Eur 176.000,--	Eur 220.000,--	
Rendita mensile.	Eur 370,--	Eur 740,--	Eur 1.110,--	Eur 1.480,--	Eur 1.850,--	
Diaria da ricovero	Eur 15,--	Eur 30,--	Eur 45,--	Eur 60,--	Eur 75,--	

**ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI E PRESTAZIONI**

<b>MORTE DA INFORTUNIO (9A)</b>	<input type="checkbox"/> unico	<input type="checkbox"/> doppio	<input type="checkbox"/> triplo	€
<b>INV. PERM. INFORTUNIO (9B)</b>	<input type="checkbox"/> unico	<input type="checkbox"/> doppio	<input type="checkbox"/> triplo	€
<input type="checkbox"/> Esonero Pagamento Premi (9E) Opzionabile se Contraente e Assicurato sono la stessa persona	<input type="checkbox"/> Esonero Pagamento Premi per il Contraente (9I) Opzionabile se Contraente e Assicurato sono diversi - Valida per il Contraente Rapporto tra il Contraente e l'Assicurato			€
<input type="checkbox"/> Esonero Pagamento Premi con posticipazione della scadenza del contratto a seguito perdita del lavoro (età d'ingresso max 34 anni)				€

INDICIZZ. ANNUA DEL PREMIO (ESCLUSO ZK) <sup>2)</sup> CRESCENTE ISTAT MIN. 4%	<input type="checkbox"/> SI	Totale	€
IMPOSTE SULLE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI	€		

**PREMIO**

<input type="checkbox"/> ANNUALE	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE	<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE	<input type="checkbox"/>	Premio di rata alla firma	€
----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

**PAGAMENTO RATE SUCCESSIVE**

<input type="checkbox"/> RID	AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO PER RICHIESTE DI INCASSO	<input type="checkbox"/> MAV	BOLLETTINI BANCARI PAGABILI IN TUTTE LE BANCHE E PRESSO GLI UFFICI POSTALI
------------------------------	---	------------------------------	--

\*) Il periodo che intercorre fra l'inizio del contratto e la scadenza del contratto

**PAGAMENTO RATA INIZIALE**

**ATTENZIONE:** Il pagamento del premio iniziale deve avvenire:

- a mezzo assegno bancario o circolare tratto o emesso a favore di "WIENER STADTISCHE A.G.", barrato e reso NON trasferibile, da consegnarsi, per l'invio alla Società, all'Agenzia presso la quale viene stipulato il contratto, ovvero
- a mezzo bonifico bancario a favore di "WIENER STADTISCHE A.G.", presso BANCA INTESA SpA – conto corrente bancario numero **615291966959** – ABI **03069** – CAB **05054** – CIN **G** – IBAN **IT28 G030 6905 0546 1529 1966 959**.

La Società non risponde di assegni emessi o di bonifici effettuati a favore di un ordinario diverso; non risponde altresì di pagamenti effettuati con mezzi diversi o con modalità diverse da quelle sopra descritte.

Riceviamo il seguente

assegno circolare: n. \_\_\_\_\_ emesso dalla banca: \_\_\_\_\_

assegno bancario: n. \_\_\_\_\_ tratto sulla banca: \_\_\_\_\_

copia ricevuta di avvenuto bonifico effettuato tramite banca: n. \_\_\_\_\_

numero conto: \_\_\_\_\_ di Euro \_\_\_\_\_ che si intende accettato salvo buon fine.

\_\_\_\_\_ (luogo)

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (Timbro e firma Intermediario)

**INVESTIMENTO DEGLI UTILI (SE NON VIENE INDICATO NULLA, L'INVESTIMENTO È LA FORMA "CLASSICA")**

forma "classica" (le quote di utile vengono accumulate fruttifere di interessi)

**BENEFICIARI**

in CASO DI MORTE: (nome, cognome, data di nascita)

in CASO DI VITA:  l'Assicurato oppure  
Nominativo (cognome, nome, data di nascita)

Se non viene indicato nessun nome, il beneficiario è il Contraente. Se il Contraente coincide con l'Assicurato, in caso di morte risulteranno beneficiari gli eredi.

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

**crocesegnare  ciò che interessa!**

Si prega di rispondere ad ogni singola domanda!	1 CONTRAENTE	2 ASSICURANDO
Esistono già altre assicurazioni vita, malattia o infortuni o ne ha fatto proposta?	<input type="checkbox"/> Sì; Quali? Assicuratore? Numero di Polizza? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quali? Assicuratore? Numero di Polizza? <input type="checkbox"/> No
È mai successo che una tale proposta sia stata respinta, accettata con difficoltà, rinviata dall'assicuratore o che un contratto esistente sia stato disdetto?	<input type="checkbox"/> Sì; di che tipo? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; di che tipo? <input type="checkbox"/> No
È esposto/a a particolari pericoli, nell'esercizio della Sua professione o nel tempo libero (ad esempio maneggio di sostanze esplosive e/o dannose alla salute, soggiorno in zone pericolose, immersione al di sotto di m. 40, paracadute direzionale o parapendio o altri sport estremi)?	<input type="checkbox"/> Sì; di che tipo? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; di che tipo? <input type="checkbox"/> No

**DICHIARAZIONI SANITARIE**

**crocesegnare  ciò che interessa!**

Si prega di rispondere ad ogni singola domanda!	1 CONTRAENTE	2 ASSICURANDO
Negli ultimi 10 anni, esistono o esistevano malattie o affezioni (ad esempio del sistema cardiaco – circolatorio, del sangue, dell'apparato digerente, del metabolismo, degli organi respiratori, delle ossa, dei nervi, del fegato, dei reni, delle ghiandole, degli organi sessuali)?	<input type="checkbox"/> Sì; Da quando? Guarito? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Da quando? Guarito? <input type="checkbox"/> No
Negli ultimi 10 anni è (stato/-a) sottoposto/-a a trattamento per farsi curare, operare o visitare, in un ospedale, in un sanatorio o in una casa di cura?	<input type="checkbox"/> Sì; Quando? Per quale motivo? Dove? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quando? Per quale motivo? Dove? <input type="checkbox"/> No
È stato/-a curato/-a a mezzo di radioterapia o chemioterapia?	<input type="checkbox"/> Sì; Quando? Per quale motivo? Dove? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quando? Per quale motivo? Dove? <input type="checkbox"/> No
Sono state eseguite analisi, (p. es. di laboratorio, ECG, della pressione arteriosa, radiologiche) devianti dalla norma, un'infezione da HIV o sintomi di un indebolimento del sistema immunitario?	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quando? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quando? <input type="checkbox"/> No
Esiste un'affezione o un difetto (p.es. scoliosi, conseguenze dopo infortuni o poliomielite) o un disturbo dell'udito o della vista?	<input type="checkbox"/> Sì; Quale? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quale? <input type="checkbox"/> No
Assume o assumeva regolarmente farmaci o sostanze stupefacenti? È regolarmente sotto cura o sotto controllo medico o psicoterapeutico?	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quantità, da e fino a quando? Medico? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quantità, da e fino a quando? Medico? <input type="checkbox"/> No
Consuma o consumava regolarmente bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quantità giornaliera? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; Quali?; Quantità giornaliera? <input type="checkbox"/> No
Fuma?	<input type="checkbox"/> Sì; che tipo? ; Quantità giornaliera? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì; che tipo? ; Quantità giornaliera? <input type="checkbox"/> No
La Sua altezza e il Suo peso:	cm _____ kg _____	cm _____ kg _____
Si prega di indicare il Suo medico di famiglia e/o il medico meglio informato sulle Sue condizioni di salute:		

**Il sottoscritto Contraente ed il sottoscritto Assicurando, ciascuno per quanto di propria competenza,**

**dichiara**, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri;

**approva** specificatamente che, per esigenze tecniche, le scadenze delle rate di premio, come riportate nella presente proposta, rimangono in ogni caso ferme indipendentemente dalla data di perfezionamento del contratto;

**proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione delle precedenti dichiarazioni, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società ritenesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Acconsente inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul suo conto ad altri Enti a fini assicurativi o riassicurativi.

**dichiara** inoltre che eventuali somme da lui anticipate alla Società, prima della conclusione del contratto, sono incassate a mero titolo di deposito, senza alcun impegno contrattuale per la Società stessa.

**Dichiara, dopo averne preso visione, di accettare le Condizioni generali di assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo Tariffa EAS edizione 06/2009 che gli è stato consegnato**

In \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare espressamente:

- per tutti i contratti, le clausole statuenti le modalità di pagamento dei premi da parte del Contraente e dei pagamenti della Società;
- per i contratti che prevedono il rischio morte, le clausole statuenti il periodo di carenza;
- per i contratti che prevedono la garanzia complementare infortuni, le clausole statuenti le franchigie e il ricorso all'arbitrato irrituale;
- per i contratti che comprendono la garanzia complementare "Esonero pagamento premi", le clausole statuenti le franchigie e le conseguenze dell'inosservanza dei termini, delle modalità di denuncia dell'inabilità e degli adempimenti successivi.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

## CLAUSOLA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

**Preso atto dell'informativa ricevuta**, ed ai sensi degli articoli 23 e 24 del "Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) **acconsente** al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che lo riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice per le finalità assicurative indicate al punto 1 della predetta informativa. Il consenso riguarda il trattamento (comprese le comunicazioni e i trasferimenti) effettuato sia dalla Società assicuratrice che dai soggetti facenti parte della "catena assicurativa" indicati sempre al punto 1 della predetta informativa.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

- Acconsente altresì al trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali indicate al punto 2 della predetta informativa

*(barrare una delle sottostanti caselle)*

**SI** **Acconsente**                      **Non acconsente**  **NO**

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

## REVOCA DELLA PROPOSTA

La presente proposta può essere revocata, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, a Wiener Städtische A.G. Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma.

La comunicazione di revoca deve riportare il numero della proposta sottoscritta.

Le somme eventualmente pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

## RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione.

La comunicazione di recesso va inviata a Wiener Städtische A.G. Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma, a mezzo lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto di liberare la Società e Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione, risultante dal timbro postale di invio, della relativa comunicazione.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso, delle tasse e delle spese sostenute per l'emissione della polizza quantificate nelle condizioni generali di assicurazione in € 30,00 .

## NOTE

- 1) Il premio dell'assicurazione per il caso morte è già al netto del bonus.
- 2) L'inclusione della clausola di adeguamento garantisce il mantenimento del valore dell'assicurazione sulla vita. Gli adattamenti automatici, corrispondenti all'andamento dell'indice dei prezzi al consumo ISTAT, avvengono senza ulteriore verifica dello stato di salute dell'assicurato. L'inclusione della clausola di adeguamento presuppone che l'importo del premio annuale ammonti ad almeno 240,00 Eur. In caso di assicurazione contro i rischi, nonché di tariffe con premi unici, la clausola di adeguamento non può essere inclusa.

# PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA “Rendimento più”

## AVVERTENZE IMPORTANTI RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- b) Prima della sottoscrizione, il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

distribuito da







**Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto nel giugno 2009 ed i dati in esso contenuti sono aggiornati a tale data**



Wiener Städtische Versicherung AG VIENNA INSURANCE GROUP • Iscritta al Registro delle Imprese del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 75687 f • Capitale sociale Euro 109.009.251,26 i.v. • Sede: A-1010 Vienna • Schottenring 30 • Rappresentanza Generale per l'Italia: I-20124 Milano • Via Vittor Pisani, 27 • R.E.A. Milano: 1588797/1999 • Registro Imprese Milano: 159837/1999  
Codice Fiscale e Partita IVA 12830730151