

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 333376i • Capitale sociale i.v. Euro 10.000.000,00 • Sede legale: A-1010 Vienna (Austria) • Schottenring 30 • Sede secondaria per l'Italia (Rappresentanza generale): I-20124 Milano (Italia) • Via Vittor Pisani 27 • R.E.A. Milano: 1588797/1999 • Registro Imprese Milano: 159837/1999 • Codice fiscale e Partita IVA: 12830730151 • Direzione per l'Italia: Via Cristoforo Colombo 112 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129.

FASCICOLO INFORMATIVO

Previdenza più

**Assicurazione mista immediata a premio annuo costante e a capitale rivalutabile
per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale
(Tariffa C2011)**

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

NOTA INFORMATIVA

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI AGGIUNTIVE DI ASSICURAZIONE

- COPERTURA PROVVISORIA IMMEDIATA
- FRAZIONAMENTO DEL PREMIO
- PAGAMENTO DEL PREMIO (SISTEMI DI PAGAMENTO)

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE ACCESSORIA
PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI (ZK)

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE
CONTRO GLI INFORTUNI (9A/9B)

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO DAL
PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INABILITÀ CONSEGUENTE A MALATTIA O
INFORTUNIO (9E/9I)

CONDIZIONI PARTICOLARI DI AGGIORNAMENTO DEL PREMIO

GLOSSARIO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI PROPOSTA

SCHEDA SINTETICA

Assicurazione mista immediata a premio annuo costante e a capitale rivalutabile
per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale
(Tariffa C2011)

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

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

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

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al *Contraente* un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota informativa.

1) - INFORMAZIONI GENERALI

1.a) Impresa di assicurazione

La Società "WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group", appartenente al gruppo Vienna Insurance Group ed iscritta al Registro delle società presso il Tribunale del commercio di Vienna con il n. FN 333376i, 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 112 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • sito internet: www.wieneritalia.com • e-mail: wiener@wieneritalia.com

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta all'Elenco I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione tenuto dall'ISVAP, con il numero I-00089.

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Patrimonio netto: 527,7 milioni di euro di cui 10,0 relativi al capitale sociale e 517,7 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 215,65%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente in Austria.

I dati sopra riportati sono relativi all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2010).

Si fa presente che nel gruppo Vienna Insurance Group è stata realizzata nel mese di agosto 2010 una ristrutturazione societaria (scissione) attraverso la separazione delle attività direttive del Gruppo dall'esercizio operativo. L'intero esercizio assicurativo è stato trasferito a "WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group" a titolo di successione nei rapporti giuridici – vale a dire salvaguardando tutti gli obblighi e diritti.

1.c) Denominazione del contratto

"Previdenza più" è una mista immediata a premio annuo costante e a capitale rivalutabile (Tariffa C2011).

1.d) Tipologia del contratto

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

Le prestazioni assicurate dal presente contratto 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 annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Società.

1.e) Durata

La *durata contrattuale* può essere fissata da un minimo di 5 anni ad un massimo tale che l'età a scadenza dell'*Assicurato* non sia superiore a 90 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.

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

1.f) 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 90 anni. E' possibile frazionare il premio in rate semestrali, trimestrali, mensile (quest'ultima modalità per il canale bancario).

Il *Contraente* può anche richiedere alla *Società* di collegare l'ammontare 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), 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 permette di avere agli aventi diritto in caso di morte dell'*Assicurato* nel corso della durata contrattuale immediatamente un capitale o, se l'*Assicurato* è in vita a scadenza, un capitale rivalutato o, come opzione, una rendita vitalizia rivalutabile.

Una parte del premio versato dal *Contraente* viene utilizzata dalla *Società* per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità); pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà pagato alla scadenza contrattuale.

Si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni, del valore di riduzione e di riscatto contenuto nella sezione E della Nota informativa per la comprensione del meccanismo di partecipazione agli utili.

L'Impresa è tenuta a consegnare al *Contraente* il Progetto esemplificativo elaborato 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:

a) Prestazioni in caso di vita

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

b) Prestazioni in caso di decesso

Definizione	Descrizione della prestazione dell'assicurazione principale
- Capitale	In caso di decesso dell' <i>Assicurato</i> nel corso della durata contrattuale, (a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti fino alla data dell'evento), è previsto il pagamento immediato del capitale assicurato ai beneficiari designati in polizza dal <i>Contraente</i> , rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della <i>Società</i> .

c) Coperture complementari e accessorie

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione delle prestazioni complementari e accessorie</i>
Assicurazione caso morte - Capitale:	In caso di decesso dell' <i>Assicurato</i> prima della scadenza, è previsto il pagamento del capitale assicurato per questa assicurazione accessoria ai Beneficiari designati in polizza dal <i>Contraente</i> .
Assicurazione Infortuni - Capitale:	In caso di decesso dell' <i>Assicurato</i> conseguente a infortunio, è previsto il pagamento del capitale assicurato per questa assicurazione complementare ai Beneficiari designati in polizza dal <i>Contraente</i> .
- Capitale:	In caso di infortunio dell' <i>Assicurato</i> che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 5%, è previsto il pagamento di una indennità sotto forma di capitale.
Assicurazione di Esonero pagamento premi:	In caso di infortunio o malattia dell' <i>Assicurato</i> che abbia come conseguenza una inabilità totale al lavoro, per questa assicurazione complementare è previsto l'esonero dal pagamento dei premi relativi alla garanzia dell' <i>assicurazione principale</i> per tutto il permanere dell'inabilità stessa.

d) Opzioni contrattuali

<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione opzionale</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' <i>Assicurato</i> .
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' <i>Assicurato</i> .
Opzione da capitale in rendita vitalizia:	Alla scadenza contrattuale, la conversione del capitale in una rendita vitalizia pagabile fino a che l' <i>Assicurato</i> 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 <i>Contraente</i> 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 <i>Contraente</i> e successivamente fino a che l' <i>Assicurato</i> 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' <i>Assicurato</i> (prima testa) e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una seconda persona, l' <i>Assicurato</i> -designato (seconda testa), fino a che questa è in vita.

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 dell'*assicurazione principale*.

Garanzie offerte

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

Il contratto dell'*assicurazione principale* è basato su un tasso annuo di rendimento minimo garantito del 2,00% (*tasso d'interesse tecnico*) che viene riconosciuto a priori agli Assicurati nel calcolo del *premio annuo*. Inoltre il *Contraente*, usufruisce delle eccedenze realizzate mediante la partecipazione agli utili. La quota di utile:

- aumenta la prestazione assicurativa prevista dal contratto;

- viene accumulata in forma di interessi fino alla scadenza del contratto;
- 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.

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 (Prestazioni Assicurate), 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" che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su parametri prefissati.

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

Indicatore sintetico "Costo Percentuale Medio Annuo"

Ipotesi adottate

Premio annuo: € 1.500

Sesso ed età: Maschio - 45 anni

Durata*: 15 anni

Tasso annuo di rendimento **: 4,00%

Premio annuo: € 1.500

Sesso ed età: Maschio - 45 anni

Durata*: 20 anni

Tasso annuo di rendimento **: 4,00%

Premio annuo: € 1.500

Sesso ed età: Maschio - 45 anni

Durata*: 25 anni

Tasso annuo di rendimento **: 4,00%

Anno	CPMA
5	11,65%
10	4,15%
15	0,97%

Anno	CPMA
5	14,96%
10	5,04%
15	2,74%
20	0,74%

Anno	CPMA
5	18,79%
10	6,05%
15	3,22%
20	2,08%
25	0,61%

* La durata del pagamento dei premi coincide con la durata contrattuale.

**Tasso riconosciuto annualmente agli Assicurati per mezzo della partecipazione agli utili della *Società*.

5) – ILLUSTRAZIONE DEI DATI STORICI DI RENDIMENTO

In questa sezione è rappresentato il tasso annuo di rendimento riconosciuto agli assicurati negli ultimi 5 anni per mezzo della partecipazione agli utili della *Società*. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio

dei titoli di Stato e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati(*)	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2006	4,00%	3,86%	2,00%
2007	4,00%	4,41%	1,71%
2008	4,50%	4,46%	3,23%
2009	3,25%	3,54%	0,75%
2010	3,25%	3,35%	1,55%

(*) Il rendimento annuo riconosciuto agli assicurati è costituito dalla quota di utile accreditata annualmente e dal tasso tecnico previsto dalla tariffa già riconosciuto nel calcolo del premio.

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.

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.

Il Rappresentante Generale

Paolo Masci



NOTA INFORMATIVA

**Assicurazione mista immediata a premio annuo costante e a capitale rivalutabile
per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale**

(Tariffa C2011 • mod. 321A - ed. 05/2011)

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

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

A) - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 – Informazioni generali

La Società “**WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group**”, appartenente al gruppo **Vienna Insurance Group** ed iscritta al Registro delle società presso il Tribunale del commercio di Vienna con il n. FN 333376i, 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 112 • I-00147 Roma (Italia) • Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • sito internet: www.wieneritalia.com • e-mail: wiener@wieneritalia.com

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta all'Elenco I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione tenuto dall'ISVAP, con il numero **I-00089**.

La Società investe il premio in attivi consentiti dalla Normativa Austriaca in materia di assicurazione sulla vita. La Società infatti è sottoposta al controllo dell'Organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria: **Finanzmarktaufsicht (FMA) Otto-Wagner-Platz 5 A-1090 Wien**. Pertanto, i premi possono essere investiti anche in attivi non consentiti dalla normativa Italiana in materia di assicurazioni sulla vita.

2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Patrimonio netto: 527,7 milioni di euro di cui 10,0 relativi al capitale sociale e 517,7 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 215,65%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente in Austria.

I dati sopra riportati sono relativi all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2010).

Si fa presente che nel gruppo **Vienna Insurance Group** è stata realizzata nel mese di agosto 2010 una ristrutturazione societaria (scissione) attraverso la separazione delle attività direttive del Gruppo dall'esercizio operativo. L'intero esercizio assicurativo è stato trasferito a “**WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group**” a titolo di successione nei rapporti giuridici – vale a dire salvaguardando tutti gli obblighi e diritti.

B) - INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3 – Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Durata

La *durata contrattuale* può essere fissata da un minimo di 5 anni ad un massimo tale che l'età a scadenza dell'Assicurato non sia superiore a 90 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.

Prestazioni principali

L'assicurazione principale è una assicurazione di mista immediata a capitale rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili della Società e Bonus Finale e a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale.

La prestazione principale consiste, purché siano stati pagati i premi contrattualmente pattuiti:

- a) in caso di vita dell'*Assicurato* alla scadenza del contratto nel pagamento:
 - del capitale assicurato indicato nella *polizza* rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della *Società*;
 - ove spettante, di un *premio* di fedeltà denominato Bonus Finale;
- b) in caso di decesso dell'*Assicurato* prima della scadenza del contratto:
 - nel pagamento immediato del capitale assicurato indicato nella *polizza* rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della *Società*.

Si rinvia all'art.1 delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione relativa all'assicurazione principale.

Per quanto riguarda i periodi di sospensione o limitazione della copertura dei rischi si rinvia all'art. 4 - Rischio morte, e precisamente all'art.4.1 - Esclusioni e all'art.4.2 - Periodo di carenza, delle suddette Condizioni generali di assicurazione.

Garanzie offerte (prestazioni principali)

Il contratto in forma principale è basato su un tasso annuo di rendimento minimo garantito del 2,00% (*tasso di interesse tecnico*) che viene riconosciuto a priori agli Assicurati nel calcolo del *premio*.

La Società garantisce il capitale assicurato indicato in *polizza* alla scadenza.

Parte del *premio* versato dal *Contraente* viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (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.

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; a tale data l'assicurazione accessoria si estingue e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

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

Si rinvia alle Condizioni particolari per l'Assicurazione accessoria per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti; in particolare all'art. 2 Prestazione assicurata.

Per quanto riguarda i periodi di sospensione o limitazione della copertura dei rischi si rinvia all'art. 3 delle suddette Condizioni particolari precisamente all'art.3.1 Esclusioni e all'art.3.2 Periodo di carenza.

- 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 (tariffa 9A);
 - 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 (tariffa 9B).

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.

Si rinvia alle Condizioni particolari per l'Assicurazione complementare contro gli Infortuni; in

particolare all'art. 4 Prestazioni.

Per quanto riguarda i periodi di sospensione o limitazione della copertura dei rischi si rinvia all'art. 5 - Esclusioni delle suddette Condizioni particolari.

- 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 giorno seguente al 42° giorno di inabilità ininterrotta e per tutto il permanere della stessa.

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).

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.

Si rinvia alle Condizioni particolari per l'Assicurazione complementare dell'esonero dal pagamento dei premi in caso di inabilità conseguente a malattia o infortunio; in particolare all'art.3 Prestazione assicurata.

Per quanto riguarda i periodi di sospensione o limitazione della copertura dei rischi si rinvia all'art. 4 Limitazioni della garanzia delle suddette Condizioni particolari.

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 dell'assicurazione principale in una delle forme di rendita vitalizia elencate nell'art. 2 delle Condizioni generali di assicurazione.

Le opzioni vengono calcolate secondo le basi tariffarie (demografiche e finanziarie) in vigore al momento della conversione della prestazione principale.

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.

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.

4 – Premi

Premio

L'entità del *premio*, che viene scelto dal *Contraente* in relazione alle proprie esigenze in termini di capitale assicurato, dipende da una serie di elementi: la durata del contratto, il sesso e l'età dell'*Assicurato*, il suo stato di salute, le sue abitudini di vita, le eventuali attività sportive praticate e gli eventuali rischi professionali.

Numero minimo 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.

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

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 tale che l'età a scadenza dell'*Assicurato* non sia superiore a 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.

Aggiornamento del premio

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.

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*.

Pagamento del 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 AG

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 AG" 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*.

5 – Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Le assicurazioni sulla vita e le assicurazioni di rendita 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.

Riconoscimento dell'utile

L'ammontare della quota di utile è deliberato dagli Organi della *Società*; il diritto alla quota di utile scaturisce da tali delibere.

La partecipazione agli utili effettivamente riconosciuta dipende unicamente dalle eccedenze realizzate durante la vita del contratto, previa detrazione del tasso d'interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo del premio.

Calcolo

Qualora il contratto riguardi un'assicurazione per il caso di vita o un'assicurazione di *rendita* senza che sia ancora scaduta la prima rata di *rendita*, 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, previa detrazione del tasso di interesse tecnico previsto dalla tariffa.

La quota di utile da capitale si calcola in millesimi della somma assicurata per il caso di vita o del valore capitale della *rendita*, 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.

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. La quota di utili da interesse viene accreditata annualmente il 31 dicembre.

La quota di utile da interessi è determinata in base al rendimento degli investimenti della Società previa detrazione del tasso d'interesse tecnico previsto dalla tariffa; quindi il rendimento annuo complessivo riconosciuto sul contratto è dato dalla quota di utile da interessi, da quella di capitale e dal tasso d'interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo del premio.

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".

Si rinvia all'Art. 19 delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio sulla Partecipazione agli utili.

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 esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

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* annuo grava una quota delle commissioni d'acquisto del contratto (commissioni pari al 6% della somma dei premi annui di tariffa), la commissione d'incasso del *premio* stesso (pari all'8% del *premio* annuo di tariffa), le spese di gestione pari ad una percentuale (0,05%) del capitale assicurato.

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

		Maschi						
		Classi di durata* espressa in anni						
		5-8	9-12	13-15	16-18	19-21	22-23	24-25
Classi di età	20-35	14,7%	15,0%	15,5%	15,9%	16,3%	16,6%	16,8%
	36-45	14,7%	15,1%	15,6%	16,0%	16,4%	16,7%	17,0%
	46-48	14,8%	15,1%	15,7%	16,1%	16,6%	16,9%	17,2%
	49-50	14,8%	15,2%	15,7%	16,2%	16,6%	17,0%	17,3%
	51-53	14,8%	15,2%	15,8%	16,3%	16,8%	17,1%	17,5%
	54-55	14,8%	15,3%	15,9%	16,4%	16,9%	17,2%	17,6%
	56-58	14,9%	15,3%	16,0%	16,5%	17,1%	17,5%	17,9%
	59-60	14,9%	15,4%	16,1%	16,6%	17,3%	17,7%	18,2%
	61-63	15,0%	15,5%	16,3%	16,9%	17,6%	18,1%	18,7%
64-65	15,0%	15,6%	16,4%	17,1%	17,9%	18,5%	19,2%	

* durata contrattuale uguale alla durata pagamento premi

		Femmine						
		Classi di durata* espressa in anni						
		5-8	9-12	13-15	16-18	19-21	22-23	24-25
Classi di età	20-35	14,7%	15,0%	15,5%	15,9%	16,3%	16,5%	16,8%
	36-45	14,7%	15,1%	15,5%	15,9%	16,3%	16,6%	16,9%
	46-48	14,7%	15,1%	15,6%	16,0%	16,4%	16,7%	17,0%
	49-50	14,7%	15,1%	15,6%	16,0%	16,4%	16,7%	17,0%
	51-53	14,7%	15,1%	15,6%	16,1%	16,5%	16,8%	17,1%
	54-55	14,8%	15,1%	15,7%	16,1%	16,5%	16,8%	17,2%
	56-58	14,8%	15,2%	15,7%	16,1%	16,6%	17,0%	17,3%
	59-60	14,8%	15,2%	15,7%	16,2%	16,7%	17,1%	17,4%
	61-63	14,8%	15,2%	15,8%	16,3%	16,9%	17,3%	17,7%
64-65	14,8%	15,3%	15,9%	16,5%	17,1%	17,5%	18,0%	

* durata contrattuale uguale alla durata pagamento premi

Qualora venga applicato uno sconto, i costi gravanti su ciascun premio, espressi in percentuale del premio annuo di tariffa, risulteranno inferiori alle percentuali sopra indicate.

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%
Mensile (solo per il canale bancario)	4,0%

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 al 95% della “riserva matematica zillmerata”; pertanto il costo di riscatto è pari al 5% della suddetta riserva.

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.

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a circa il 60,00% (incidenza delle commissioni retrocesse agli intermediari sul totale dei costi gravanti su ciascuna premio).

7 – Sconti

Avvertenza: Il contratto prevede l'applicazione di sconti in relazione all'ammontare del *premio* annuo nella seguente misura:

Premio annuo	Percentuale di sconto
600,00	1,50%
900,00	2,00%
1.200,00	3,50%
1.500,00	4,50%
1.800,00	5,00%
2.100,00	5,50%
2.400,00	6,00%
3.000,00	6,50%
4.200,00	7,00%
6.000,00	7,30%
12.000,00	7,70%

8 - Regime fiscale

Il trattamento fiscale dipende dalla situazione individuale di ciascun *Contraente*, o del beneficiario qualora diverso, e può essere soggetto a modifiche in futuro.

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

Imposta sui premi

In base alla vigente normativa fiscale 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 nei limiti di €1.291,14 l'anno relativi alla copertura dei rischi:

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

è riconosciuta annualmente al *Contraente* una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche 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 assicurate

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

- a) se corrisposte in caso di decesso dell'*Assicurato* sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni;
- b) 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. Se i proventi sono corrisposti a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati nell'ambito di attività commerciale la Società non applica la predetta imposta sostitutiva qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito.

- in forma di rendita vitalizia, sono soggette ad imposta sostitutiva, attualmente pari al 12,5%, sulla differenza fra l'importo di ciascuna rata di rendita e quello della corrispondente rata calcolata senza tenere conto dei rendimenti finanziari. A fronte della conversione del capitale maturato in rendita vitalizia, prima della conversione si applica l'imposta sostitutiva di cui al precedente punto.

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

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.

D) – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9 – Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni generali di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10 – Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Sospensione del pagamento dei premi

Il *Contraente* ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi annui.

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 contrattuale inferiore o uguale a dieci anni);
 - due annualità di *premio* (se il contratto ha durata contrattuale superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a venti anni);
 - tre annualità di *premio* (se il contratto ha durata contrattuale superiore a 20 anni).
- b) nel caso di pagamento del numero di annualità di *premio* minimo previsto, riconoscimento del valore di riscatto calcolato secondo le condizioni contrattuali, ovvero mantenimento in vigore del contratto fino alla scadenza per una prestazione ridotta (cfr. punto 11).

Si rinvia all'art.9 delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Riattivazione del contratto

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.

Si rinvia all'art.10 delle Condizioni generali di assicurazione per le informazioni di dettaglio circa modalità, termini e condizioni economiche.

11 – Riscatto e riduzione

Se è stato pagato il numero di annualità di *premio* minimo previsto (cfr. punto 10), il contratto può essere riscattato (valore di riscatto) oppure rimanere in vigore per una somma ridotta senza il pagamento di ulteriori premi.

Si rinvia all'Art.11 delle Condizioni generali di assicurazione per le modalità di determinazione dei valori di riscatto e di riduzione.

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 al riscatto.

Il *Contraente* deve valutare con particolare attenzione 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.

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

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

- Direzione per l'Italia - Servizio Clienti
- Via Cristoforo Colombo 112 • I-00147 Roma
- Telefono +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • e-mail: 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 riferiti alle caratteristiche richieste dal *Contraente* saranno contenuti nel Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

12 - Revoca della proposta

La *revoca* della *proposta* deve essere comunicata dal *Contraente*, nella fase che precede la conclusione del contratto, mediante lettera raccomandata indirizzata alla:

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

- Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 112 • I-00147 Roma

Entro trenta giorni dal ricevimento da parte della Società della comunicazione di *revoca*, la *Società* rimborsa le somme eventualmente già anticipate senza alcuna penalità.

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

13 – Diritto di recesso

Il *recesso* dal contratto deve essere comunicato dal *Contraente* entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, mediante lettera raccomandata indirizzata a:

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

- Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 112 • I-00147 Roma

Entro trenta giorni dal ricevimento da parte della Società della comunicazione di *recesso*, il *Contraente* ottiene 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* ha effetto dalla data della spedizione quale risultante dal timbro postale di invio.

14 - Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

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* all'Art.15.

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.

Omessa richiesta di liquidazione (rapporti dormienti)

In conformità a quanto previsto dalla legge n.266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, tutti gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto dovranno essere devoluti al fondo costituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per indennizzare i risparmiatori che siano rimasti vittime di frodi finanziarie.

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 dalla *Società* 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 a:

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

Direzione per l'Italia – Servizio Clienti

Via Cristoforo Colombo 112 – I 00147 Roma

Telefax N. +39 06 51070129 – e-mail: wienner@wieneritalia.com

Per i reclami già presentati direttamente alla Società, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte della Società stessa o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente ci si può rivolgere direttamente all'ISVAP.

Nei reclami indirizzati all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.000, deve essere indicato:

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm).

Fermo quanto sopra, il *Contraente*, l'*Assicurato* o i *Beneficiari* possono rivolgersi anche all'Organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria: Finanzmarktaufsicht (FMA) Otto-Wagner-Platz 5 A-1090 Wien.

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

Con cadenza annuale, entro sessanta giorni dalla data prevista nelle condizioni *polizza* per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, la *Società* invia al *Contraente* l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente almeno 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 ed un'avvertenza sugli effetti derivanti dal loro mancato pagamento;
- 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 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*);
- 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). La misura della rivalutazione delle prestazioni è ottenuta scorporando il tasso di interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo della prestazione assicurata iniziale.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito 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 assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'ISVAP 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.

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: 2,00% (*tasso d'interesse tecnico* già riconosciuto nel calcolo della prestazione assicurativa iniziale)
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 25 anni
- Sesso dell'Assicurato: Maschio

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno (*)	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza
1	3.000,00	3.000,00	80.570,00	80.570,00	-	-	-
2	3.000,00	6.000,00	80.570,00	80.570,00	-	-	-
3	3.000,00	9.000,00	80.570,00	80.570,00	3.310,00	4.803,00	4.803,00
4	3.000,00	12.000,00	80.570,00	80.570,00	6.025,00	8.598,00	8.598,00
5	3.000,00	15.000,00	80.570,00	80.570,00	8.785,00	12.331,00	12.331,00
6	3.000,00	18.000,00	80.570,00	80.570,00	11.591,00	16.001,00	16.001,00
7	3.000,00	21.000,00	80.570,00	80.570,00	14.442,00	19.610,00	19.610,00
8	3.000,00	24.000,00	80.570,00	80.570,00	17.339,00	23.157,00	23.157,00
9	3.000,00	27.000,00	80.570,00	80.570,00	20.283,00	26.644,00	26.644,00
10	3.000,00	30.000,00	80.570,00	80.570,00	23.274,00	30.073,00	30.073,00
11	3.000,00	33.000,00	80.570,00	80.570,00	26.314,00	33.443,00	33.443,00
12	3.000,00	36.000,00	80.570,00	80.570,00	29.405,00	36.758,00	36.758,00
13	3.000,00	39.000,00	80.570,00	80.570,00	32.549,00	40.021,00	40.021,00
14	3.000,00	42.000,00	80.570,00	80.570,00	35.752,00	43.237,00	43.237,00
15	3.000,00	45.000,00	80.570,00	80.570,00	39.019,00	46.410,00	46.410,00
16	3.000,00	48.000,00	80.570,00	80.570,00	42.356,00	49.544,00	49.544,00
17	3.000,00	51.000,00	80.570,00	80.570,00	45.767,00	52.642,00	52.642,00
18	3.000,00	54.000,00	80.570,00	80.570,00	49.259,00	55.709,00	55.709,00
19	3.000,00	57.000,00	80.570,00	80.570,00	52.837,00	58.747,00	58.747,00
20	3.000,00	60.000,00	80.570,00	80.570,00	56.509,00	61.759,00	61.759,00
21	3.000,00	63.000,00	80.570,00	80.570,00	60.279,00	64.748,00	64.748,00
22	3.000,00	66.000,00	80.570,00	80.570,00	64.157,00	67.716,00	67.716,00
23	3.000,00	69.000,00	80.570,00	80.570,00	68.152,00	70.688,00	70.688,00
24	3.000,00	72.000,00	80.570,00	80.570,00	72.275,00	73.608,00	73.608,00
scadenza	3.000,00	75.000,00	80.570,00	-	-	-	-

(*) in caso di vita a scadenza, 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 del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, dopo il pagamento di 24 annualità di premio.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso annuo di rendimento finanziario: 4,00% (costituito dalla quota di utile accreditata annualmente e dal tasso tecnico previsto dalla tariffa già riconosciuto nel calcolo del premio)
- Età dell'Assicurato: 40 anni
- Durata: 25 anni
- Sesso dell'Assicurato: Maschio

Anni trascorsi	Premio annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno (*)	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza
1	3.000,00	3.000,00	80.570,00	80.570,00	-	-	-
2	3.000,00	6.000,00	80.570,00	80.570,00	-	-	-
3	3.000,00	9.000,00	80.664,00	80.664,00	3.400,00	4.897,00	7.507,00
4	3.000,00	12.000,00	80.818,00	80.818,00	6.261,00	8.847,00	13.301,00
5	3.000,00	15.000,00	81.035,00	81.035,00	9.227,00	12.797,00	18.870,00
6	3.000,00	18.000,00	81.320,00	81.320,00	12.303,00	16.751,00	24.225,00
7	3.000,00	21.000,00	81.674,00	81.674,00	15.491,00	20.714,00	29.381,00
8	3.000,00	24.000,00	82.103,00	82.103,00	18.795,00	24.690,00	34.347,00
9	3.000,00	27.000,00	82.610,00	82.610,00	22.221,00	28.684,00	39.135,00
10	3.000,00	30.000,00	83.199,00	83.199,00	25.772,00	32.702,00	43.759,00
11	3.000,00	33.000,00	83.875,00	83.875,00	29.454,00	36.748,00	48.228,00
12	3.000,00	36.000,00	84.641,00	84.641,00	33.272,00	40.829,00	52.553,00
13	3.000,00	39.000,00	85.504,00	85.504,00	37.236,00	44.955,00	56.751,00
14	3.000,00	42.000,00	86.467,00	86.467,00	41.355,00	49.134,00	60.834,00
15	3.000,00	45.000,00	87.536,00	87.536,00	45.637,00	53.376,00	64.815,00
16	3.000,00	48.000,00	88.717,00	88.717,00	50.095,00	57.691,00	68.708,00
17	3.000,00	51.000,00	90.015,00	90.015,00	54.740,00	62.087,00	72.521,00
18	3.000,00	54.000,00	91.437,00	91.437,00	59.583,00	66.576,00	76.269,00
19	3.000,00	57.000,00	92.989,00	92.989,00	64.636,00	71.166,00	79.960,00
20	3.000,00	60.000,00	94.679,00	94.679,00	69.912,00	75.868,00	83.604,00
21	3.000,00	63.000,00	97.118,00	97.118,00	76.000,00	81.296,00	87.862,00
22	3.000,00	66.000,00	99.734,00	99.734,00	82.363,00	86.880,00	92.091,00
23	3.000,00	69.000,00	102.536,00	102.536,00	89.019,00	92.633,00	96.301,00
24	3.000,00	72.000,00	105.534,00	105.534,00	95.990,00	98.571,00	100.504,00
scadenza	3.000,00	75.000,00	113.089,00	113.089,00	-	-	-

(*) in caso di vita a scadenza, purché siano stati pagati tutti i premi pattuiti

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

NON VENGONO RILASCIATE INFORMAZIONI A PERSONE DIVERSE DAL CONTRAENTE

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Generale

Paolo Masci



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Previdenza più

Assicurazione mista immediata a premio annuo costante e a capitale rivalutabile
per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale

(Tariffa C2011 • CGA mod. 10A - ed. 05/2011)

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

L'assicurazione principale è una assicurazione di mista immediata a capitale rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili della Società e Bonus Finale e a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale.

La Società si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati, purché siano stati pagati i premi contrattualmente pattuiti:

- in caso di vita dell'*Assicurato* alla scadenza del contratto:
 - il capitale assicurato indicato nella *polizza*; l'importo del capitale assicurato è maggiorato delle quote di partecipazione agli utili assegnate;
 - ove spettante, della prestazione aggiuntiva "Bonus Finale", secondo le disposizioni dell'art. 19;
- in caso di decesso dell'*Assicurato* prima della scadenza del contratto:
 - il capitale assicurato il cui importo è indicato nella *polizza* rivalutato per mezzo di partecipazione agli utili della Società.

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 dell'assicurazione 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 dell'assicurazione 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 dal contratto.

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

A dette assicurazioni si applicano le disposizioni delle presenti *Condizioni generali di assicurazione* 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, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare, insurrezioni, disordini, in qualità di agitatore; la copertura si intende esclusa anche se l'*Assicurato* non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'*Assicurato* si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'*Assicurato* implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- 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 di specifici velivoli quali, a titolo di esempio: aliante, 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) atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche; l'esclusione di tale copertura sussiste tanto nel caso in cui l'*Assicurato* partecipi attivamente a tali atti quanto nel caso in cui ne resti vittima incolpevole;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) ed da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- h) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'*Assicurato* non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) 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;
- j) 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 accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica ma di compilare solamente il questionario sanitario, la copertura assicurativa rimane sospesa per un periodo di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante tale periodo, denominato periodo di carenza, la Società si impegna a restituire in caso di morte dell'Assicurato e sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi la somma dei premi versati per l'assicurazione principale, 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 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 tal caso, 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*.

Quale momento di conclusione 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”.

5.1 – Entrata in vigore dell'assicurazione (Decorrenza delle coperture assicurative)

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, ferme restando le date di scadenza delle successive rate di premio indicate in *polizza*.

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* di assicurazione e tenuto conto delle “*Condizioni aggiuntive per la copertura provvisoria immediata*” riportate nello specifico allegato.

ARTICOLO 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini dell'esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del *Contraente* e dell'Assicurato, nella *proposta di assicurazione* e negli altri documenti contrattuali, 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 dalla *Società*.

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 Versicherung AG

• Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 112 • 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:

- a) l'imposta gravante sulle assicurazioni soggette;
- b) la frazione di *premio* relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- c) le spese sostenute per l'emissione della *polizza*, quantificate in €30,00;
- d) 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 tale che l'età a scadenza dell'*Assicurato* non superi 90 anni. L'età all'ingresso dell'*Assicurato* non può essere inferiore a 18 anni né superiore ad 80 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.

L'entità del premio, che viene scelto dal *Contraente* in relazione alle proprie esigenze in termini di capitale assicurato, dipende da una serie di elementi: la durata del contratto, il sesso e l'età dell'*Assicurato*, il suo stato di salute, le sue abitudini di vita, le eventuali attività sportive praticate e gli eventuali rischi professionali.

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

L'età assicurativa è la risultante della differenza fra l'anno in cui ha inizio il contratto e l'anno di nascita dell'*Assicurato*.

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 (cfr. art.11.1).

Come meglio indicato al successivo art.11, qualora la somma assicurata franca da premi, prestazione ridotta, 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.

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 annuo*, il *Contraente* può richiedere di riattivare il contratto e riprendere i pagamenti, con le modalità in vigore in quel momento che gli saranno illustrate dalla *Società*.

Se sono 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*, la quale può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione, tenuto conto anche dell'esito degli accertamenti;
- la riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati applicando il tasso di riattivazione al periodo intercorso tra la data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e la data 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 il minimo del tasso legale di interesse;
- la riattivazione è realizzata mediante emissione di nuova polizza che annulla e sostituisce la precedente in possesso del *Contraente* (*Polizza sostitutiva*). La *Polizza sostitutiva* è emessa in base alle Condizioni di assicurazione vigenti al momento dell'emissione stessa; se le nuove Condizioni di assicurazione sono variate rispetto a quelle della polizza originale al *Contraente* viene consegnato un nuovo Fascicolo informativo.

Qualora la *Società* abbia accettato per iscritto la riattivazione, l'assicurazione entrerà nuovamente in vigore per il capitale assicurato indicato in *polizza* dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati.

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 e riscatto

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

Il valore di riscatto non corrisponde alla somma di tutti i premi versati a causa della copertura assicurativa offerta e dei costi sostenuti dalla Società e si calcola secondo le basi tariffarie. In relazione ai 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, calcolati in base alla prestazione garantita, 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 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).

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 €300,00. In caso contrario il contratto viene ridotto e resta in vigore per una somma franca da premi, prestazione ridotta.

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, codice fiscale e Certificato di esistenza in vita 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	---

Nel caso in cui la *polizza* risulti vincolata (oppure costituita in pegno), la domanda di ottenimento della prestazione, oltre che dall'avente diritto (*Contraente* o *Beneficiario*), dovrà essere sottoscritta anche dal soggetto vincolatario che indicherà l'entità della sua pretesa sulla *polizza* ovvero, essendo cessate le ragioni di vincolo o pegno, il suo espresso consenso all'integrale liquidazione delle prestazioni in favore del *Contraente* o *Beneficiario*.

Nei casi in cui l'originale di *polizza* (e/o relative appendici) non sia più disponibile, l'avente diritto dovrà presentare l'originale della denuncia di smarrimento presentata all'Autorità Giudiziaria.

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.

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 Versicherung AG

• Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 112 • 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 sulla vita e le assicurazioni di rendita 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*.

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, previa detrazione del tasso d'interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo del premio.

19.2 – Calcolo

Qualora il contratto riguardi un'assicurazione per il caso di vita o un'assicurazione di *rendita* senza che sia ancora scaduta la prima rata di *rendita*, 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, previa detrazione del tasso di interesse tecnico previsto dalla tariffa.

La quota di utile da capitale si calcola in millesimi della somma assicurata per il caso di vita o del valore capitale della *rendita*, 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, per le assicurazioni per il caso di vita, fino alla scadenza dell'assicurazione e per le assicurazioni di *rendita* fino alla scadenza della prima rata di *rendita*.

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. La quota di utili da interesse viene accreditata annualmente il 31 dicembre.

La quota di utile da interessi è determinata in base al rendimento degli investimenti della Società previa detrazione del tasso d'interesse tecnico previsto dalla tariffa; quindi il rendimento annuo complessivo riconosciuto sul contratto è dato dalla quota di utile da interessi, da quella di capitale e dal tasso d'interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo del premio.

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 19.1-Riconoscimento dell'utile.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER LA COPERTURA PROVVISORIA IMMEDIATA

(CAA Mod. 61A • ed. 05/2011)

1

La presente condizione aggiuntiva deroga parzialmente a quanto disposto dal pertinente articolo delle Condizioni generali di assicurazione in materia di “entrata in vigore dell’assicurazione”:

Articolo	Tariffa
5.1	IK
5.1	CaRR
5.1	C
5.1	E
4.1	BR

Ove il *premio* iniziale sia stato pagato all'atto della sottoscrizione della proposta, l'assicurazione per il caso di morte, se prevista dalla specifica tariffa, viene concessa con copertura provvisoria immediata, fermo quant'altro disciplinato dalle condizioni dell'assicurazione principale e delle assicurazioni accessorie e complementari.

In caso di sinistro, la copertura provvisoria è valida per una somma massima di € 77.000, in cumulo con l'assicurazione accessoria per il caso di morte e con l'assicurazione complementare morte da infortunio, anche qualora siano state pattuite somme maggiori sulla vita dell'Assicurato.

La Società concede la copertura provvisoria immediata a condizione che, al momento della proposta, l'Assicurando sia pienamente abile al lavoro e che non sia sottoposto a controlli medici o a trattamenti terapeutici.

La copertura provvisoria ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui la proposta, debitamente sottoscritta dal Contraente, viene ricevuta dalla Società o da un'agenzia della Società ovvero dalla data di inizio del contratto quale risultante dalla proposta se successiva.

La copertura provvisoria cessa:

- 1) con la conclusione del contratto;
- 2) con il mancato accoglimento della proposta da parte della Società;
- 3) decorsi 45 giorni dalla data di effetto come sopra indicata.

Nel caso in cui la prestazione assicurativa sia dovuta in base alla copertura provvisoria, il premio della prima annualità deve essere corrisposto per intero anche quando ne sia stato convenuto il pagamento in rate subannuali.

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

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

(CAA Mod. 62A • ed. 05/2011)

1

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

Articolo	Tariffa
8.1	CaRR
8.1	C
8.1	E
7.1	BR

Pertanto, fermo quant'altro disciplinato dalle Condizioni generali 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 %
mensile (solo per il canale bancario)	4 %

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. 05/2011)

La presente condizione aggiuntiva deroga parzialmente a quanto disposto 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	E
7.2	BR

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 AG

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 AG” 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. 05/2011)

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 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.

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*:

- alla scadenza della durata prestabilita;
- 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.

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, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare, insurrezioni, disordini, in qualità di agitatore; la copertura si intende esclusa anche se l'*Assicurato* non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'*Assicurato* si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'*Assicurato* implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- 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 di specifici velivoli quali, a titolo di esempio: aliante, 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) atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche; l'esclusione di tale copertura sussiste tanto nel caso in cui l'*Assicurato* partecipi attivamente a tali atti quanto nel caso in cui ne resti vittima incolpevole;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) ed da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- h) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'*Assicurato* non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) 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;
- j) 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* accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'*Assicurato*, previo assenso della *Società*, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica ma di compilare solamente il questionario sanitario, la copertura assicurativa rimane sospesa per un periodo di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante tale periodo, denominato periodo di carenza, la *Società* si impegna a restituire in caso di morte dell'*Assicurato* e sempreché il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi la somma dei premi versati per l'assicurazione 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 contrattuale*, 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 annuo*. La ripartizione degli utili avviene tramite classi di utile, nelle quali sono raggruppati tutti i contratti di assicurazione omogenei. Il presente contratto di assicurazione accessoria fa parte della classe di utile K.

4.1 – Riconoscimento dell'utile

L'ammontare del Bonus viene determinato in base alle delibere assunte dagli Organi della *Società* e la sua percentuale è pubblicata nella 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 annuo* dovuto, dipende unicamente dagli utili realizzati in corso di *durata* del contratto.

4.2 - Calcolo

Il Bonus si calcola proporzionalmente al *premio annuo* per il periodo di assicurazione corrente. Per *premio annuo* si intende il *premio annuo* dell'assicurazione sulla vita per il caso morte – principale o accessoria - al netto di diritti e imposte e senza considerare eventuali assicurazioni complementari.

Il Bonus indicato nella *polizza* è garantito solo per il primo anno, qualunque sia la *durata* del contratto. Per gli anni successivi l'ammontare del Bonus viene determinato in base alle delibere assunte dagli Organi della *Società*. Pertanto per effetto del Bonus il premio annuo corrisposto dal *Contraente* potrebbe variare di anno in anno.

Condizioni particolari della

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI

(Tariffa 9A / 9B • CPA Mod. 53A - ed. 05/2011)

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 verificano 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 verificano 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, canioning, 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, oltre a quanto disciplinato nell'articolo - Rischio di morte - delle Condizioni generali di 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 di specifici velivoli quali, a titolo di esempio: aliante, 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.
Eccezionati 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. 05/2011)

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 rientrino 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: alianti, 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 di
AGGIORNAMENTO DEL PREMIO
(CPA Mod. 56A – ed. 05/2011)

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

Anno assicurativo:	periodo espresso in anni interi calcolato a partire dalla decorrenza del contratto.
Appendice:	documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.
Assicurato:	persona fisica sulla cui vita 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.
Assicurazione complementare:	assicurazione facoltativa che integra le prestazioni dell'assicurazione principale.
Assicurazione principale:	assicurazione prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinata altre prestazioni che di conseguenza possono essere definite complementari.
Beneficiario:	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.
Condizioni aggiuntive di assicurazione:	clausole contrattuali con le quali si intendono integrare le Condizioni generali e formano parte integrante del contratto in quanto richiamate in polizza.
Condizioni generali di assicurazione:	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.
Condizioni particolari di assicurazione:	insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle Condizioni generali di assicurazione.
Contraente:	persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.
Contratto (di assicurazione sulla vita):	contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Data di decorrenza:	la data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Durata del contratto:	periodo di tempo espresso in anni che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto.
Impresa di assicurazione:	vedi "Società".
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente.
Invalidità permanente da infortunio:	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.
Istituto di cura:	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.
ISVAP:	Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo.
Malattia:	alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio.

Nota informativa:	il documento redatto secondo le disposizione dell'ISVAP che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto e che contiene le principale informazioni relative alla Società ed al contratto stesso.
Polizza:	documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza sostitutiva:	nuova polizza che annulla e sostituisce la precedente polizza in possesso del Contraente.
Pratica sportiva:	attività sportiva svolta a scopo ludico ricreativo.
Premio annuo:	premio che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio di tariffa:	corrispettivo dovuto all'Assicuratore per l'assicurazione principale e per le eventuali assicurazioni accessorie e complementari.
Premio unico:	importo che il Contraente corrisponde in un'unica soluzione alla Società al momento della conclusione del contratto.
Premio unico di inventario:	costituito dalla somma del premio puro (premio di tariffa al netto di tutti i costi) e dei costi di gestione.
Prestazione assicurata:	somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta di assicurazione:	documento con cui il Contraente chiede di stipulare un contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alla condizioni in esso indicate.
Recesso:	il diritto del Contraente di annullare il contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione e di avere in restituzione le somme versate, al netto delle spese sostenute dalla Società indicate nella proposta di assicurazione e nel contratto.
Revoca:	il diritto del Contraente di annullare la proposta prima della conclusione del contratto ottenendo la restituzione delle somme eventualmente versate entro 30 giorni dalla comunicazione di revoca.
Rendita vitalizia:	rendita da corrispondersi finché l'Assicurato è in vita.
Ricovero:	degenza che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura pubblico o privato.
Riserva matematica:	importo che deve essere accantonato ogni anno dalla Società per fare fronte agli obblighi futuri derivanti dal contratto.
Riserva matematica zillmerata:	importo della riserva matematica diminuita delle provvigioni di acquisto ancora da ammortizzare (da recuperare dal cliente).
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	la " WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group ".
Tasso d'interesse tecnico:	rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.
T.U.I.R.:	Testo Unico dell'Imposta sui Redditi.
Valore capitale della rendita:	valore risultante dalla conversione della rendita assicurata, indicata in polizza, in capitale al termine del differimento.

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 ⁽¹⁾

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 AG 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, 112 – 00147 Roma – telefono 06 510701 – fax 06 51070129.

Il Responsabile del trattamento è il Rappresentante Amministrativo, domiciliato per la funzione presso la Direzione per l'Italia in Via Cristoforo Colombo, 112, 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 AG – Direzione per l'Italia, Servizio Privacy, Via Cristoforo Colombo 112 – 00147 Roma, telefono 06 5107011, fax 06 51070129, e-mail wiener@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.

(Pagina lasciata intenzionalmente in bianco)

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

ASSICURAZIONE PRINCIPALE E PRESTAZIONI										
<input type="checkbox"/> C2011 Previdenza più	<input type="checkbox"/>	DURATA premi	DURATA contratto*	INIZIO DEL CONTRATTO			CAPITALE ASSICURATO	PREMIO ¹⁾		
				0	1		€	€		
ASSICURAZIONE ACCESSORIA E PRESTAZIONI										
<input type="checkbox"/> ZK caso morte		DURATA premi al massimo come sopra		COME SOPRA			€	€ ¹⁾		

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI E PRESTAZIONI

<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"/> PRESTAZIONE INFORTUNI PER MORTE E/O INVALIDITÀ PERMANENTE (TAR. 9A - 9B)	Inizio contratto	Premio annuo ass.ne complem.
MORTE (9A)	<input type="checkbox"/> unico <input type="checkbox"/> doppio <input type="checkbox"/> triplo	Come assicurazione pricipale €
INVALIDITÀ PERMANENTE (9B)	<input type="checkbox"/> unico <input type="checkbox"/> doppio <input type="checkbox"/> triplo	

INDICIZZ. ANNUA DEL PREMIO (ESCLUSO ZK) ²⁾ 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"/> MENSILE (solo per il canale bancario)	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 AG", 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 AG", presso CARIPARMA S.p.A. – conto corrente bancario numero **000063515396** – ABI **06230** – CAB **05054** – CIN **T** – IBAN **IT53 T 06230 05054 000063515396**.

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:		

DICHIARAZIONI

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, sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri; **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, dopo averne preso visione, di accettare le Condizioni generali di assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo Tariffa C2011 edizione 05/2011 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 di cui 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 AG Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 112 – 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 AG Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 112 – 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 300,00 Eur. In caso di assicurazione contro i rischi, nonché di tariffe con premi unici, la clausola di adeguamento non può essere inclusa.

(Pagina lasciata intenzionalmente in bianco)



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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; ogni eventuale onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.**

Direzione per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo, 112 • Tel. +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129



WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group AG • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 333376i
• Capitale sociale interamente versato Euro 10.000.000,00 • 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

(Pagina lasciata intenzionalmente in bianco)



Il presente Fascicolo Informativo è aggiornato al 31 maggio 2011



WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group AG • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 333376i • Capitale sociale interamente versato Euro 10.000.000,00 • 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