

DOPO DI NOI

CATTOLICA&PROTEZIONE

SET INFORMATIVO composto da:

- Documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID – Key Information Document)

- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP)
- Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario
- Modulo di proposta



Assicurazione rivalutabile a premio unico ricorrente e premi unici aggiuntivi con prestazione addizionale per il caso di decesso

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
per i prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo IBIP)

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Prodotto: Cattolica&Protezione Dopo di Noi

Contratto Rivalutabile (Ramo I)

Data di realizzazione: 20/12/2019 - Il DIP Aggiuntivo IBIP pubblicato è l'ultimo disponibile.



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa, Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona; Tel. 0458391111;
Sito internet: www.cattolica.it; E-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al N. 019 con codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962. La Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, ha sede legale e Direzione Generale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966) ed è iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 1.757 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.231 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 972 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 437 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.802 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.403 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,85 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

Cattolica&Protezione Dopo di Noi, a fronte del versamento di un premio unico ricorrente annuale, prevede la corresponsione, in caso di riscatto, del capitale assicurato rivalutato di anno in anno in funzione dei risultati conseguiti dalla Gestione Separata "RI.SPE.VI.", con l'obiettivo di preservare il capitale investito e farlo crescere nel tempo. Il prodotto permette di consolidare i risultati conseguiti di anno in anno e offre la garanzia di non subire mai rendimenti negativi nel tempo.

PRESTAZIONI PRINCIPALI

Capitale in caso di morte dell'assicurato

In caso di morte dell'Assicurato – trascorso il periodo di carenza – la Compagnia corrisponderà il capitale assicurato in caso di morte, al Beneficiario, previa richiesta di liquidazione e consegna della documentazione.

Tale capitale è costituito dalla somma dei due seguenti importi:

- capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso;
- importo addizionale ottenuto moltiplicando il capitale rivalutato all'ultima ricorrenza annuale (nel primo anno di efficacia del contratto assicurativo, moltiplicando i premi versati al netto dei costi di acquisizione ed amministrazione) per una percentuale riportata nella tabella di seguito riportata, corrispondente alla fascia d'età raggiunta dall'Assicurato al momento del decesso, considerando l'ultima fascia per il caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute. L'importo addizionale non può comunque superare il capitale massimo addizionale per il caso di morte.

Età assicurativa dell'Assicurato al momento del decesso	Fattore di moltiplicazione addizionale	Capitale massimo addizionale per il caso di morte
fino a 39 anni	40,00%	40.000,00 Euro
da 40 a 49 anni	15,00%	15.000,00 Euro
da 50 a 59 anni	5,00%	10.000,00 Euro
da 60 a 69 anni	3,00%	10.000,00 Euro
da 70 anni e oltre (*)	0,50%	5.000,00 Euro

(*) e per i casi di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute.

PRESTAZIONI ACCESSORIE

Capitale in caso di morte dell'assicurato o invalidità totale permanente

Il contratto prevede inoltre le seguenti prestazioni accessorie facoltative, aggiuntive rispetto alla garanzia principale:

- Garanzia accessoria Caso Morte: la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un ulteriore capitale in caso di decesso dell'Assicurato;
- Garanzia accessoria Caso Morte + Invalidità Totale e Permanente: la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato o in caso di sopravvenuta malattia organica o infortunio che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente dell'Assicurato di pari o superiore al 66%.

Il Contraente può attivare alternativamente una delle garanzie accessorie facoltative di cui sopra esclusivamente alla sottoscrizione del contratto.

Le presenti garanzie sono operanti nel caso in cui il Contraente abbia dichiarato di volersi avvalere delle garanzie stesse, a condizione che abbia pagato il premio e che lo stato di salute, lo stile di vita e l'attività professionale dell'Assicurato siano idonei alla sua assicurabilità.

Le garanzie accessorie hanno una durata coincidente con il piano dei versamenti della garanzia principale a premio unico ricorrente. In ogni caso le garanzie devono avere una durata non inferiore a 10 anni e non superiore a 30 anni.

L'Assicurato alla decorrenza delle presenti garanzie deve avere un'età assicurativa non inferiore a 18 e non superiore a 65 anni e al termine del periodo di copertura deve avere un'età assicurativa non superiore a 75 anni.

La Compagnia offre inoltre, in entrambe le forme, una prestazione anticipativa definita "Terminal Illness"; questa garanzia prevede nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, il pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione caso morte in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale. La garanzia "Terminal Illness" si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia accessoria caso morte.

OPZIONI CONTRATTUALI

Conversione in rendita

Il Contraente può scegliere, alla sottoscrizione del contratto, che il valore di riscatto (ad eccezione della Liquidazione Speciale) o la prestazione in caso di morte dell'Assicurato vengano liquidati tramite l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile, pagabile in rate posticipate.

La rendita non potrà essere riscattata durante il periodo di erogazione e non potrà essere inoltre modificato il Beneficiario della prestazione designato.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata la persona con disabilità (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato. Ai fini della determinazione dell'età della persona con disabilità utilizzata per l'individuazione del relativo coefficiente di conversione, si farà riferimento all'età assicurativa alla data dell'evento (riscatto del contratto o decesso dell'Assicurato).

Il regolamento della gestione interna separata "RI.SPE.VI." è disponibile sul sito internet: www.cattolica.it.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono presenti rischi esclusi.



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONI PRINCIPALI

Condizioni di carenza: Viene applicato un periodo di carenza di sei mesi. Nel caso di decesso dell'Assicurato in questo periodo, il capitale assicurato non verrà corrisposto e verrà liquidato, ai Beneficiari designati, solamente il capitale rivalutato.

Tale periodo di carenza di sei mesi verrà applicato anche successivamente a decorrere dalla data in cui vengano effettuati eventuali versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Tuttavia la Compagnia non applicherà la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari al capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

È inoltre sempre previsto, anche nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato il rapporto di visita medica, un periodo di carenza di 5 anni in caso di decesso causato dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata. In tal caso verrà corrisposto solamente il capitale rivalutato.

Tale criterio verrà seguito anche nel caso di versamento in forma di premio unico aggiuntivo relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, dopo 5 anni dalla conclusione del contratto (o dalla data in cui viene effettuato ciascun versamento in forma di premio unico aggiuntivo), per la suddetta causa, verrà corrisposto il capitale assicurato senza la limitazione sopra indicata.

Esclusioni: È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto assicurativo (o dalla data in cui viene versato ciascun premio unico aggiuntivo, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento);
- abuso di alcool e droghe.

È inoltre escluso dalla garanzia il decesso derivante dall'esercizio o dalla pratica delle seguenti attività sportive:

- attività alpinistiche o speleologiche senza guida alpina;
- automobilismo, motociclismo, motonautica;
- sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela);
- kayak, rafting;
- ciclismo agonistico;
- slittino e guidoslitta a livello agonistico;
- pugilato e arti marziali a livello agonistico;
- rugby professionistico;
- immersioni subacquee con autorespiratore;
- salti dal trampolino con sci o idrosci.

Nel caso in cui l'Assicurato appartenga ad uno dei Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia) o ai Vigili del Fuoco, è escluso il decesso che lo stesso dovesse subire nello svolgimento della propria attività professionale. Sono invece coperti i decessi causati da attività extra-professionali.

In tutti i casi sopra esposti verrà corrisposto solamente un importo pari al capitale rivalutato.

PRESTAZIONI ACCESSORIE

Condizioni di carenza: Qualora la garanzia accessoria venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della garanzia: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la decorrenza della garanzia;
- di infortunio avvenuto dopo la decorrenza della garanzia, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Le condizioni di carenza per la garanzia "Invalidità Totale Permanente" sono le medesime della garanzia in caso di decesso sopra riportate.

Esclusioni: È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- abuso di alcool;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e quidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta del Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente dovuti a:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati;
- guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia accessoria;
- abuso di alcool;

- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
- conseguenze di infortuni verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- svolgimento di un'attività sportiva pericolosa sia a scopo ricreativo che agonistico, come attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) con o senza guida, attività speleologiche con o senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme, rugby, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate.

Per Normale Attività Lavorativa si intende l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia "Terminal Illness" sono le medesime della garanzia in caso di decesso sopra riportate.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia: Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità

Cosa fare in caso di evento?

giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).

- in assenza di testamento:

- le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

In caso di riscatto:

- richiesta presentata e sottoscritta dal Contraente;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato nel caso sia diverso dal Contraente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del Contraente. Se il Contraente è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.

Ulteriore documentazione richiesta in caso di Liquidazione Speciale:

- certificato di morte della persona con disabilità rilasciato dal Comune.

In caso di esercizio delle opzioni e i pagamenti conseguenti:

- a seguito della richiesta dell'opzione di liquidazione della rendita vitalizia e nel corso di erogazione della stessa, autocertificazione di esistenza in vita della persona con disabilità da produrre annualmente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario.

Denuncia dello stato di malattia terminale

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Denuncia della presunta invalidità totale e permanente dell'Assicurato

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve avvenire entro sessanta giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'infortunio o la malattia stessa, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano interessare la garanzia prestata.


La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia dell'invalidità totale e permanente, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:

- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'invalidità totale e permanente;
- certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;

	<p>– ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente. Successivamente all'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, la Compagnia provvederà ad erogare la garanzia stabilita.</p> <p>Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.</p> <p><u>La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.). Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali e i modelli FATCA/CRS.</u> Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.</p> <p>Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modifiche di professione dell'Assicurato; – Modifiche in corso di contratto delle condizioni di grave disabilità del parente/assistito dell'Assicurato; – Trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in uno stato estero; – Trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea. <p>Relativamente alle eventuali garanzie accessorie sottoscritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario; – L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute; – Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.</p> <p>Erogazione della prestazione: La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:</p> <p>PRESTAZIONI PRINCIPALI</p> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. La Compagnia decade dal diritto di impugnare il contratto trascorsi tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di corrispondere, in caso di decesso dell'Assicurato, prima che sia decorso il termine dianzi indicato per l'impugnazione, solamente il capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; – di ridurre la somma dovuta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. <p>In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato e della persona con disabilità comporta la rettifica, in base all'età effettiva, delle somme dovute.</p>

	<p>PRESTAZIONI ACCESSORIE</p> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; - di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. <p>L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.</p> <p>Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: <u>Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</u> La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".</p>
--	--

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>PRESTAZIONI PRINCIPALI</p> <p>A fronte delle prestazioni assicurative del presente contratto, è previsto il versamento di un premio unico ricorrente, il cui importo è fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.</p> <p>La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.</p> <p>Il premio unico ricorrente può essere corrisposto con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile.</p> <p>L'ammontare minimo del premio unico ricorrente non può essere inferiore a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.200,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità annuale; - 600,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità semestrale; - 300,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità trimestrale; - 100,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità mensile. <p><u>In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.</u></p> <p>In qualsiasi momento il Contraente ha la possibilità di effettuare ulteriori versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, di importo e periodicità non predefiniti. L'ammontare minimo dei premi unici aggiuntivi è di 500,00 Euro. <u>La Compagnia si riserva in qualsiasi momento di non consentire il versamento di premi unici aggiuntivi con riferimento a tutti i contratti relativi al prodotto "Cattolica&Protezione Dopo di Noi".</u></p> <p>In relazione al prodotto in oggetto, il cumulo dei premi versati comprensivo dei premi unici ricorrenti e degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati dallo stesso Contraente, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente, non potrà essere superiore a 1.000.000,00 Euro.</p> <p>Inoltre per tutta la durata contrattuale non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro il cumulo complessivo dei premi versati con più contratti, afferenti a prodotti le cui prestazioni sono collegate al rendimento della gestione separata "RI.SPE.VI.", in vigore alla data di sottoscrizione del presente contratto e stipulati dallo stesso Contraente con la Compagnia, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente.</p> <p>Il Contraente è libero di modificare la periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti nonché di aumentarne l'importo; inoltre ha facoltà di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminuire l'importo del premio unico ricorrente nel rispetto degli importi minimi previsti; - sospendere definitivamente o temporaneamente il pagamento dei premi unici ricorrenti e riprenderlo in qualsiasi momento. <p>La modifica della periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.</p>

	<p>La modifica dell'importo del premio sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile (a seconda della periodicità in corso) successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza; altrimenti la modifica richiesta si applicherà alla seconda ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile (a seconda della periodicità in corso) successiva alla richiesta.</p> <p>Qualora il Contraente richieda contemporaneamente di variare sia la periodicità di pagamento, sia l'importo del premio, le modifiche saranno operative a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.</p> <p>Al momento della decorrenza degli effetti del contratto, dei successivi versamenti di premi unici ricorrenti o degli eventuali successivi versamenti dei premi unici aggiuntivi, il premio versato dal Contraente, al netto dei costi gravanti sul premio, è investito nella Gestione Interna Separata.</p> <p>Si precisa che la parte di premio trattenuta dalla Compagnia a fronte dei costi del contratto non concorre alla formazione della prestazione.</p> <p>Il pagamento del premio alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive, nonché dei premi unici aggiuntivi può essere effettuato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa; – bonifico postale, postagioco (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto; – assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione"; – carta di debito o carta di credito; – reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia. <p>Il pagamento del premio delle periodicità successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).</p> <p><u>Tale modalità di pagamento è obbligatoria per rateazione mensile o trimestrale del premio per i broker e per Agenzia C. P. Servizi Consulenziali S.p.A.</u></p> <p>PRESTAZIONI ACCESSORIE</p> <p>Per l'attivazione delle garanzie accessorie facoltative collegate al prodotto è previsto il versamento di un premio annuo costante il cui importo è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.</p> <p>Il premio rimane costante per tutta la durata ed è corrisposto fino alla scadenza della copertura o, in caso di sinistro (morte o sopraggiunta invalidità totale e permanente), fino al verificarsi di tale evento.</p> <p>La corresponsione del premio della garanzia accessoria deve avere la medesima periodicità prevista per la garanzia principale a premio unico ricorrente e deve essere corrisposto in via anticipata a ciascuna ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale o mensile di contratto. Gli interessi di frazionamento eventualmente previsti sui premi dovuti per le garanzie accessorie facoltative sono indicati alla sezione "Quali costi devo sostenere?".</p> <p><u>In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.</u></p> <p><u>Non è ammesso il pagamento del premio relativo alle sole garanzie accessorie.</u></p>
Rimborso	<p><u>Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.</u></p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.</p> <p>La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.</p> <p><u>L'importo così determinato potrà essere inferiore al premio versato dal Contraente.</u></p>
Sconti	<p>Per questo prodotto non sono presenti sconti di premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

<p>Durata</p>	<p><i>Il contratto è a vita intera, pertanto non è prevista una scadenza ma la durata è pari alla vita dell'Assicurato.</i> <i>La durata del periodo di pagamento dei premi deve essere almeno pari a 10 anni e non superare i 30 anni.</i> <u><i>Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto.</i></u></p> <p><i>Le garanzie accessorie si estinguono, con cessazione di tutti gli effetti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>in caso di recesso;</i> – <i>in caso di riscatto totale;</i> – <i>in caso di risoluzione del contratto;</i> – <i>in caso di mancato pagamento del premio annuo per la garanzia accessoria;</i> – <i>in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale ("Terminal Illness") con conseguente liquidazione del capitale della garanzia accessoria caso morte;</i> – <i>alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato per la garanzia Decesso;</i> – <i>alla scadenza dell'annualità più prossima al 65° compleanno dell'Assicurato per la garanzia Invalidità Totale Permanente;</i> – <i>un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia accessoria caso morte per la garanzia Terminal Illness;</i> – <i>nel caso si sia verificato l'evento oggetto della garanzia.</i>
<p>Sospensione</p>	<p>PRESTAZIONI PRINCIPALI <i>Il Contraente è libero di sospendere/riprendere i versamenti dei premi unici ricorrenti mantenendo comunque in vigore il contratto.</i></p> <p>PRESTAZIONI ACCESSORIE <i>È facoltà del Contraente interrompere il versamento dei premi annui relativi alle presenti garanzie accessorie e decorsi 30 giorni dalla prima rata di premio non pagata, tali garanzie si sospendono e pertanto la Compagnia non coprirà l'eventuale verificarsi del sinistro.</i> <i>La riattivazione è ammessa entro sei mesi dalla prima rata di premio rimasta insoluta, dietro pagamento delle rate arretrate.</i> <i>Il recupero dei premi arretrati non riguarda i premi della garanzia principale a premio unico ricorrente.</i> <i>Qualora il Contraente volesse sospendere definitivamente il pagamento dei premi della garanzia accessoria, dovrà inviare una specifica richiesta alla Compagnia e la relativa copertura cesserà comunque alla scadenza del periodo per il quale l'ultimo premio risulta pagato (tramite SDD o incasso con altra modalità).</i></p>



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

<p>Revoca</p>	<p><u><i>Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</i></u></p> <p><i>La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.</i> <i>La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.</i> <i>La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.</i></p>
<p>Recesso</p>	<p><u><i>Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.</i></u> <u><i>Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</i></u> <i>La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.</i></p>

	<p>La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.</p> <p>A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.</p> <p><u>L'importo così determinato potrà essere inferiore al premio versato dal Contraente.</u></p>
Risoluzione	Non è prevista la risoluzione da parte del contraente attraverso sospensione del pagamento di premi.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ad un cliente che intenda perseguire una crescita costante del proprio investimento su un orizzonte temporale medio-lungo, preservando di anno in anno il capitale rivalutato da possibili futuri andamenti negativi. Per accedere al presente contratto, l'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso una persona affetta da una delle seguenti forme di disabilità:

- Sindrome di Down;
- Autismo;
- Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 della legge 104/92.

Nel momento in cui viene concluso il presente contratto, l'Assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore ad anni 80 e non inferiore ad anni 18.



Quali costi devo sostenere?

PRESTAZIONI PRINCIPALI

Per l'informativa dettagliata sui costi delle prestazioni principali fare riferimento alle indicazioni del KID.

I costi a carico del contraente sono:

Costi per riscatto

I costi applicati in caso di riscatto vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dal capitale rivalutato fino alla data di richiesta di riscatto, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto.

Tali costi sono variabili in relazione agli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto.

I costi applicati in caso di riscatto sono rappresentati nella tabella che segue.

Data di richiesta del riscatto	Costi per riscatto
Durante il 1° anno	Riscatto non ammesso
Durante il 2° anno	2,00% del capitale rivalutato
Durante il 3° anno	1,00% del capitale rivalutato
Durante il 4° anno	0,50% del capitale rivalutato
Trascorsi 4 anni	Non sono previsti costi

Costi in caso di "Liquidazione Speciale"

Il decesso della persona con disabilità nel corso della durata contrattuale, qualora questi coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

Costi per l'erogazione della rendita

Il presente contratto prevede un costo per il pagamento della rendita (implicito nella rata di rendita), determinato applicando le percentuali riportate nella seguente tabella al capitale derivante dalla prestazione prevista.

Rateazione della rendita	Costo per il pagamento della rendita
Annuale	1,15%
Semestrale	1,30%
Trimestrale	1,60%
Mensile	2,80%

Costi di intermediazione

Nella Tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
40,00%

PRESTAZIONI ACCESSORIE

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo.

Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione ed amministrazione vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo.

I costi gravanti sul premio sono rappresentati nella tabella che segue.

Costi gravanti sul premio	Cifra fissa pari a 50,00 Euro più 3,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)
----------------------------------	---

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per la garanzia accessoria facoltativa sono previsti gli interessi di frazionamento indicati nella seguente tabella.

Tipo di frazionamento	Percentuale
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	4,00%

Costi per riscatto

Non è previsto il riscatto per quanto attiene alle prestazioni accessorie.

Costi per l'erogazione della rendita

Vedasi quanto riportato nella sezione delle prestazioni principali.

Costi per l'esercizio delle opzioni

Non sono presenti opzioni contrattuali per quanto attiene alle prestazioni accessorie.

Costi di intermediazione

Vedasi quanto riportato nella sezione delle prestazioni principali.



Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Con riferimento alle modalità di rivalutazione relativamente alla Gestione Separata si effettua una rivalutazione annuale del capitale.

Rivalutazione annuale del capitale.

I premi versati, al netto dei costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione della garanzia principale, vengono annualmente rivalutati in base ai rendimenti conseguiti dalla gestione "RI.SPE.VI." nella misura e con le modalità di seguito indicate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione "RI.SPE.VI.", che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, attività di importo non inferiore alle Riserve Matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla suddetta gestione.

Ai fini del calcolo della misura di rivalutazione il rendimento medio, come determinato al punto 10 del Regolamento, è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del secondo mese antecedente quello nel quale cade la ricorrenza annuale considerata.

Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione da applicare al presente contratto è pari al tasso di rendimento finanziario annuo realizzato dalla Gestione "RI.SPE.VI." diminuito dell'1,00% (costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione).

Determinazione del Capitale Rivalutato

Il capitale rivalutato si ottiene applicando al capitale rivalutato alla ricorrenza annuale precedente la misura di rivalutazione calcolata come indicato in precedenza.

La prima rivalutazione relativa ai capitali derivanti da versamenti effettuati tra due ricorrenze annuali successive di polizza, sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente tra la data del versamento e la successiva ricorrenza annuale di polizza, in base alla misura di rivalutazione attribuibile alla polizza (in base al tasso di rendimento relativo alla ricorrenza contrattuale).

La rivalutazione del capitale ad una data diversa dalle ricorrenze annuali sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente dall'ultima ricorrenza annuale o dalla data di versamento sino alla data di calcolo, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto o di decesso. La rivalutazione della prestazione, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente consolidata.

Tasso annuo di rendimento minimo garantito

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,00%.



Sono previsti riscatti o riduzioni? x SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, in conformità con quanto disposto dall'art. 1925 cod. civ., il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto riscuotendo un capitale pari al valore di riscatto maturato.</p> <p>In caso di richiesta di riscatto il valore di riscatto totale sarà pari al capitale rivalutato fino alla data della richiesta di riscatto sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta di riscatto al netto dei costi per riscatto.</p> <p><u>Esiste l'eventualità che il valore sopra citato risulti inferiore ai premi versati.</u></p> <p><u>In caso di riscatto parziale, il Contraente deve espressamente indicare nella propria richiesta il capitale che intende riscattare.</u></p> <p><u>Il Contraente può esercitare anche il diritto di riscatto parziale in presenza delle seguenti condizioni:</u></p> <p>a) <u>che il capitale riscattato non sia inferiore a 1.200,00 Euro;</u></p> <p>b) <u>che il capitale residuo non sia inferiore a 1.200,00 Euro.</u></p> <p>In tal caso il capitale residuo continuerà ad essere rivalutato.</p> <p><u>Qualora non venga rispettato anche uno solo dei limiti predetti il riscatto parziale non sarà effettuato dalla Compagnia.</u></p> <p>Il presente contratto non prevede alcun valore di riduzione.</p> <p>Liquidazione Speciale: <u>La liquidazione speciale è conseguente al decesso della persona con disabilità nel corso della durata contrattuale, qualora questi coincida con la figura del Beneficiario.</u></p> <p><u>La liquidazione speciale comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.</u></p> <p>In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.</p>
Richiesta di informazioni	<p>L'ufficio della Compagnia cui rivolgersi per ottenere informazioni su detti valori è: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, fax 045-8372317, E-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.</p> <p>La Compagnia considererà comunque valida la richiesta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.</p>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net.</p>
--	--

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>PRESTAZIONI PRINCIPALI</p> <p>Imposta sui premi I premi relativi alla prestazione principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi I premi versati non sono deducibili o detraibili ad eccezione del seguente caso: la garanzia che copre il rischio di morte dà diritto, ove esplicitato il relativo premio, ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.</p> <p>Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni e – relativamente alla quota parte eventualmente riferibile alla copertura del rischio demografico – dall'imposta sostitutiva. Sulla restante parte viene applicata l'imposta sostitutiva secondo quanto previsto dalla normativa vigente.</p> <p>In tutti gli altri eventi, le somme corrisposte sono soggette ad imposta sostitutiva con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prestazione erogata in forma di capitale: la prestazione verrà assoggettata alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione della prestazione e applicata sulla differenza fra il capitale percepito, comprensivo di eventuali prestazioni iniziali aggiuntive o bonus, se previsti contrattualmente, e l'ammontare dei premi pagati in conformità a quanto previsto dall'art. 45, comma 4 del D.P.R. n. 917 del 22/12/1986. – prestazione erogata in forma di rendita: la rendita percepita dal Beneficiario verrà assoggettata alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione della prestazione. I rendimenti tassabili sono costituiti dalla differenza tra l'importo di ciascuna rata di rendita erogata e quello della corrispondente rata calcolata senza tener conto dei rendimenti finanziari, calcolata cioè con un rendimento finanziario nullo. <p>In ogni caso, l'aliquota di tassazione viene ridotta ove tra gli attivi a copertura delle riserve matematiche siano compresi i titoli di Stato, di cui all'art. 31 del D.P.R. 601/73 e le obbligazioni emesse da Stati "white list".</p> <p>L'art. 2 del Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 13 dicembre 2011 ha determinato le modalità di individuazione delle predette quote di proventi non soggette ad imposta sostitutiva. Tali quote sono determinate in proporzione alla percentuale media dell'attivo investito direttamente o indirettamente (tramite fondi) nei titoli medesimi a copertura delle riserve matematiche.</p> <p>PRESTAZIONI ACCESSORIE</p> <p>Imposta sui premi I premi relativi alla prestazione accessoria facoltativa sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo il rischio di morte e di invalidità permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se soggetto diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.</p> <p>Ai sensi della legge su "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", il plafond di detraibilità sulle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, si intende elevato da 530,00 Euro a 750,00 Euro.</p> <p><u>Il Contraente è tenuto a informare la Compagnia, in corso di contratto, circa l'eventuale modifica delle condizioni di grave disabilità del parente/assistito dell'Assicurato.</u></p> <p>Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza della prestazione accessoria sono esenti da imposizione fiscale. Se liquidate in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p>

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE / DALLA DATA PREVISTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RIVALUTABILE A PREMIO UNICO RICORRENTE E PREMI UNICI AGGIUNTIVI CON PRESTAZIONE ADDIZIONALE PER IL CASO DI DECESSO

Art. 1 – Oggetto.

Per accedere al presente contratto, l'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso una persona affetta da una delle seguenti forme di disabilità:

- Sindrome di Down;
- Autismo;
- Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 della legge 104/92.

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dalla persona con disabilità, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

A fronte del versamento di un premio unico ricorrente, in base a quanto previsto all'Art. 8, il presente contratto di assicurazione prevede, in caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione al Beneficiario designato di un capitale calcolato in base a quanto previsto dall'Art. 11.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto. In tal caso, la Compagnia corrisponderà al Contraente un capitale pari al valore di riscatto maturato, quale determinato ai sensi dell'Art. 14.

Il decesso della persona con disabilità nel corso della durata contrattuale, qualora questi coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto, secondo quanto previsto all'Art. 14.2.

Alla sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, in alternativa alla corresponsione delle prestazioni in un'unica soluzione, l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile a favore del Beneficiario designato.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata la persona con disabilità (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato.

I coefficienti applicati al capitale da convertire in rendita sono riportati nelle Tabelle 1, 2 e 3 che formano parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per ulteriori dettagli si rimanda all'Art. 15.1.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto.

Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Nel termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà – nel primo caso agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo – il premio da questi corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 3 – Revoca della proposta.

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

Art. 5 – Dichiarazione sul proprio stato di salute.

Contestualmente alla proposta di assicurazione, l'Assicurato dovrà sottoscrivere una dichiarazione sul proprio stato di salute.

Nel caso di mancata sottoscrizione di tale dichiarazione, il contratto potrà comunque essere concluso ma il capitale in caso di decesso, calcolato come indicato al successivo Art. 11, sarà determinato considerando la percentuale e il capitale massimo aggiuntivo relativi all'ultima fascia di età previsti dalla Tabella F di cui all'Art. 11, indipendentemente dall'età dell'Assicurato.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. La Compagnia decade dal diritto di impugnare il contratto trascorsi tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di corrispondere, in caso di decesso dell'Assicurato, prima che sia decorso il termine dianzi indicato per l'impugnazione, solamente il capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta di cui all'Art. 11, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato e della persona con disabilità comporta la rettifica, in base all'età effettiva, delle somme dovute.

Art. 7 – Esclusioni e periodo di carenza relativi alla garanzia principale.

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto assicurativo (o dalla data in cui viene versato ciascun premio unico aggiuntivo, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento);
- abuso di alcool e droghe.

È inoltre escluso dalla garanzia il decesso derivante dall'esercizio o dalla pratica delle seguenti attività sportive:

- attività alpinistiche o speleologiche senza guida alpina;
- automobilismo, motociclismo, motonautica;
- sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela);
- kayak, rafting;
- ciclismo agonistico;
- slittino e guidoslitta a livello agonistico;
- pugilato e arti marziali a livello agonistico;
- rugby professionistico;
- immersioni subacquee con autorespiratore;
- salti dal trampolino con sci o idrosci.

Nel caso in cui l'Assicurato appartenga ad uno dei Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia) o ai Vigili del Fuoco, è escluso il decesso che lo stesso dovesse subire nello svolgimento della propria attività professionale. Sono invece coperti i decessi causati da attività extra-professionali.

In tutti i casi sopra esposti verrà corrisposto solamente un importo pari al capitale di cui all'Art. 11 a).

B) PERIODO DI CARENZA - CONDIZIONI

Viene applicato un periodo di carenza di sei mesi. Nel caso di decesso dell'Assicurato in questo periodo, il capitale assicurato, così come previsto al successivo Art. 11, non verrà corrisposto e verrà liquidato, ai Beneficiari designati, solamente il capitale di cui all'Art. 11 a).

Tale periodo di carenza di sei mesi verrà applicato anche successivamente a decorrere dalla data in cui vengano effettuati eventuali versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Tuttavia la Compagnia non applicherà la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari al capitale assicurato così come stabilito dall'Art. 11, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

È inoltre sempre previsto, anche nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato il rapporto di visita medica, un periodo di carenza di 5 anni in caso di decesso causato dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata. In tal caso verrà corrisposto solamente il capitale di cui all'Art. 11 a).

Tale criterio verrà seguito anche nel caso di versamento in forma di premio unico aggiuntivo relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, dopo 5 anni dalla conclusione del contratto (o dalla data in cui viene effettuato ciascun versamento in forma di premio unico aggiuntivo), per la suddetta causa, verrà corrisposto il capitale assicurato, così come disciplinato all'Art. 11, senza la limitazione sopra indicata.

Art. 8 – Modalità di versamento del premio relativo alla garanzia principale.

A fronte delle prestazioni assicurative del presente contratto, è previsto il versamento di un premio unico ricorrente, il cui importo è fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il premio unico ricorrente può essere corrisposto con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

L'ammontare minimo del premio unico ricorrente non può essere inferiore a:

- 1.200,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità annuale;
- 600,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità semestrale;
- 300,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità trimestrale;
- 100,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità mensile.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

In qualsiasi momento il Contraente ha la possibilità di effettuare ulteriori versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, di importo e periodicità non predefiniti. L'ammontare minimo dei premi unici aggiuntivi è di 500,00 Euro. La Compagnia si riserva in qualsiasi momento di non consentire il versamento di premi unici aggiuntivi con riferimento a tutti i contratti relativi al prodotto "Cattolica&Protezione Dopo di Noi".

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 9 a) I).

In relazione al prodotto in oggetto, il cumulo dei premi versati comprensivo dei premi unici ricorrenti e degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati dallo stesso Contraente, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente, non potrà essere superiore a 1.000.000,00 Euro.

Inoltre per tutta la durata contrattuale non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro il cumulo complessivo dei premi versati con più contratti, afferenti a prodotti le cui prestazioni sono collegate al rendimento della gestione separata "RI.SPE.VI.", in vigore alla data di sottoscrizione del presente contratto e stipulati dallo stesso Contraente con la Compagnia, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente.

Il Contraente è libero di modificare la periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti nonché di aumentarne l'importo; inoltre ha facoltà di:

- diminuire l'importo del premio unico ricorrente nel rispetto degli importi minimi previsti;
- sospendere definitivamente o temporaneamente il pagamento dei premi unici ricorrenti e riprenderlo in qualsiasi momento.

La modifica della periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

La modifica dell'importo del premio sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile (a seconda della periodicità in corso) successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza; altrimenti la modifica richiesta si applicherà alla seconda ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile (a seconda della periodicità in corso) successiva alla richiesta.

Qualora il Contraente richieda contemporaneamente di variare sia la periodicità di pagamento, sia l'importo del premio, le modifiche saranno operative a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

Le richieste di modifica della periodicità di pagamento dei premi, di modifica dell'importo del premio e di versamento di premi aggiuntivi saranno rivolte all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari, numero verde 800562562.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, ad avvenuta esecuzione della richiesta, ne darà specifica informativa al Contraente mediante comunicazione tramite lettera.

Le richieste di sospensione definitiva o temporanea di pagamento dei premi dovranno essere inviate all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Al momento della decorrenza degli effetti del contratto, dei successivi versamenti di premi unici ricorrenti o degli eventuali successivi versamenti dei premi unici aggiuntivi, il premio versato dal Contraente, al netto dei costi gravanti sul premio di cui all'Art. 9 a) I), è investito nella Gestione Interna Separata.

Si precisa che la parte di premio trattenuta dalla Compagnia a fronte dei costi del contratto non concorre alla formazione della prestazione.

Il pagamento del premio alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive, nonché dei premi unici aggiuntivi può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa;
- bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione";
- carta di debito o carta di credito;
- reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia.

Il pagamento del premio delle periodicità successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Tale modalità di pagamento è obbligatoria per rateazione mensile o trimestrale del premio per i broker e per Agenzia C. P. Servizi Consulenziali S.p.A.

Art. 9 – Costi.

a) Costi gravanti direttamente sul Contraente.

I) Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione della garanzia principale.

I costi di acquisizione ed amministrazione vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio versato (unico ricorrente o unico aggiuntivo).

I costi gravanti sulle varie forme di premio sono rappresentati nelle Tabelle A e B.

Tabella A – Costo fisso applicato esclusivamente sul primo premio

Premio	Costi gravanti sul primo premio
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro

Tabella B – Costi variabili

Tipologia di premio	Costi gravanti sul premio (al netto della cifra fissa)
Premi unici ricorrenti	2,00%
Premi unici aggiuntivi	1,00%

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

II) Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione della garanzia accessoria facoltativa.

Tabella C

Costi gravanti sul premio annuo
Cifra fissa pari a 50,00 Euro più 3,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

III) Interessi di frazionamento sul premio per le prestazioni accessorie facoltative.

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per le prestazioni accessorie facoltative sono previsti gli interessi di frazionamento indicati nella seguente tabella.

Tabella D

Rateazione del premio	Costi di frazionamento
Annuale	Nessun costo

Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	4,00%

IV) Costi in caso di riscatto.

I costi applicati in caso di riscatto vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dal capitale rivalutato fino alla data di richiesta di riscatto, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto.

Tali costi sono variabili in relazione agli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto.

I costi applicati in caso di riscatto sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella E

Data di richiesta del riscatto	Costi per riscatto
Durante il 1° anno	Riscatto non ammesso
Durante il 2° anno	2,00% del capitale rivalutato
Durante il 3° anno	1,00% del capitale rivalutato
Durante il 4° anno	0,50% del capitale rivalutato
Trascorsi 4 anni	Non sono previsti costi

V) Costi in caso di “Liquidazione Speciale”.

Il decesso della persona con disabilità nel corso della durata contrattuale, qualora questi coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

VI) Costi per l'erogazione della rendita opzionale.

E' previsto un costo per il pagamento della rendita (implicito nella rata di rendita), che si determina maggiorando il tasso di premio puro della percentuale riportata nella tabella che segue; in tal modo l'aumento del tasso di premio puro provoca una conseguente diminuzione dell'importo della rata di rendita.

Rateazione della rendita	Costo per il pagamento della rendita
Annuale	1,15%
Semestrale	1,30%
Trimestrale	1,60%
Mensile	2,80%

b) Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili.

Si sottrae annualmente dal tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione “RI.SPE.VI.” un'aliquota rappresentata nella seguente Tabella.

Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione	1,00%
---	-------

Art. 10 – Requisiti soggettivi – Durata del contratto.

Il presente contratto è a vita intera, pertanto la sua durata è pari alla vita dell'Assicurato (fermo quanto previsto al successivo Art. 14.2).

La durata del periodo di pagamento dei premi deve essere almeno pari a 10 anni e non superare i 30 anni.

La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso di cui all'Art. 4 e il diritto di riscatto di cui all'Art. 14.

Nel momento in cui viene concluso il presente contratto, l'Assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore ad anni 80 e non inferiore ad anni 18.

L'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso una persona affetta da una delle seguenti forme di disabilità:

- Sindrome di Down;
- Autismo;
- Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 della legge 104/92.

Alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato dovrà fornire la seguente documentazione:

- specificata attestazione da parte di un medico comprovante la patologia sofferta dalla persona con disabilità (Sindrome di Down o Autismo) o copia del certificato, ai sensi della legge 104/92, in cui si attesta lo stato di disabilità;
- autocertificazione comprovante il vincolo di parentela o affinità tra l'Assicurato e la persona con disabilità oppure il ruolo di tutore/curatore del primo nei confronti del secondo.

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dalla persona con disabilità, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

Tale documentazione dovrà essere raccolta da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto e trasmessa tempestivamente alla Compagnia.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 11 – Prestazioni assicurative.

Il presente contratto garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione di un capitale costituito dalla somma dei due seguenti importi:

- a) capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso;
- b) importo addizionale ottenuto moltiplicando il capitale rivalutato all'ultima ricorrenza annuale (nel primo anno di efficacia del contratto assicurativo, moltiplicando i premi versati al netto dei costi di acquisizione ed amministrazione) per una percentuale riportata qui di seguito nella Tabella F, corrispondente alla fascia d'età raggiunta dall'Assicurato al momento del decesso, considerando l'ultima fascia per il caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute come specificato all'Art. 5. L'importo addizionale non può comunque superare il capitale massimo addizionale per il caso di morte come riportato nella Tabella F. Per la determinazione di tale importo addizionale, valgono le eccezioni relative al periodo di carenza di cui all'Art. 7.

Tabella F

Età assicurativa dell'Assicurato al momento del decesso	Fattore di moltiplicazione addizionale	Capitale massimo addizionale per il caso di morte
fino a 39 anni	40,00%	40.000,00 Euro
da 40 a 49 anni	15,00%	15.000,00 Euro
da 50 a 59 anni	5,00%	10.000,00 Euro
da 60 a 69 anni	3,00%	10.000,00 Euro
da 70 anni e oltre (*)	0,50%	5.000,00 Euro

(*) e per i casi di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute.

Le prestazioni previste dal contratto sono garantite dalla Compagnia.

Art. 12 – Rivalutazione annuale del capitale.

I premi versati, al netto dei costi di cui all'Art. 9 a) I) vengono annualmente rivalutati in base ai rendimenti conseguiti dalla gestione "RI.SPE.VI." nella misura e con le modalità di seguito indicate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione "RI.SPE.VI.", che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, attività di importo non inferiore alle Riserve Matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla suddetta gestione.

Ai fini del calcolo della misura di rivalutazione il rendimento medio, come determinato al punto 10 del Regolamento, è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del secondo mese antecedente quello nel quale cade la ricorrenza annuale considerata.

Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione da applicare al presente contratto è pari al tasso di rendimento finanziario annuo realizzato dalla Gestione "RI.SPE.VI.", come determinato dal punto 10 del relativo Regolamento, diminuito dell'1,00% (costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione).

Determinazione del Capitale Rivalutato

Il capitale rivalutato si ottiene applicando al capitale rivalutato alla ricorrenza annuale precedente la misura di rivalutazione calcolata come indicato in precedenza.

La prima rivalutazione relativa ai capitali derivanti da versamenti effettuati tra due ricorrenze annuali successive di polizza, sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente tra la data del versamento e la successiva ricorrenza annuale di polizza, in base alla misura di rivalutazione attribuibile alla polizza (in base al tasso di rendimento relativo alla ricorrenza contrattuale).

La rivalutazione del capitale ad una data diversa dalle ricorrenze annuali sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente dall'ultima ricorrenza annuale o dalla data di versamento sino alla data di calcolo, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto o di decesso. La rivalutazione della prestazione, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente consolidata.

Tasso annuo di rendimento minimo garantito

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,00%.

Art. 13 – Conflitto di interessi.

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 14 – Diritto di riscatto.

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, in conformità con quanto disposto dall'art. 1925 cod. civ., il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto riscuotendo un capitale pari al valore di riscatto maturato.

Prima di effettuare l'operazione di riscatto, il Contraente può richiedere informazioni circa le modalità e le condizioni dell'operazione a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Il Contraente dovrà esercitare il diritto di riscatto inviando fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia, non oltre venti giorni dal ricevimento della richiesta, invierà al Contraente comunicazione scritta contenente le informazioni relative al valore di riscatto maturato.

La Compagnia considererà comunque valida la richiesta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

In caso di riscatto parziale, il Contraente deve espressamente indicare nella propria richiesta il capitale che intende riscattare.

Il Contraente può esercitare anche il diritto di riscatto parziale in presenza delle seguenti condizioni:

- a) che il capitale riscattato non sia inferiore a 1.200,00 Euro;
- b) che il capitale residuo non sia inferiore a 1.200,00 Euro.

In tal caso il capitale residuo continuerà ad essere rivalutato come indicato all'Art. 12.

Qualora non venga rispettato anche uno solo dei limiti predetti il riscatto parziale non sarà effettuato dalla Compagnia.

Esiste l'eventualità che il valore sopra citato risulti inferiore ai premi versati.

Art. 14.1 – Valore di riscatto.

In caso di richiesta di riscatto il valore di riscatto totale sarà pari al capitale rivalutato fino alla data della richiesta di riscatto sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta di riscatto, al netto dei costi di cui all'Art. 9 a) IV).

Art. 14.2 – Liquidazione Speciale.

La liquidazione speciale è conseguente al decesso della persona con disabilità nel corso della durata contrattuale, qualora questi coincida con la figura del Beneficiario.

La liquidazione speciale comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

Art. 15 – Modalità di erogazione del valore di riscatto totale o della prestazione in caso di morte dell'Assicurato.

Il pagamento della somma corrispondente alla prestazione di cui all'Art. 14.2 avviene in forma di capitale in un'unica soluzione.

Il pagamento delle somme corrispondenti alle prestazioni di cui all'Art. 11 o all'Art. 14.1 avviene in forma di capitale in un'unica soluzione; il Contraente può però scegliere, alla sottoscrizione del contratto, delle forme alternative di liquidazione. Per ulteriori dettagli si rimanda al successivo Art. 15.1.

Art. 15.1 – Opzioni di liquidazione delle prestazioni.

Il Contraente può scegliere, alla sottoscrizione del contratto, che il valore di riscatto (ad eccezione della Liquidazione Speciale) o la prestazione in caso di morte dell'Assicurato vengano liquidati tramite l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile, pagabile in rate posticipate.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata la persona con disabilità (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato.

I coefficienti applicati al capitale da convertire in rendita sono riportati nelle Tabelle 1, 2 e 3 che formano parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La rendita non potrà essere riscattata durante il periodo di erogazione e non potrà essere inoltre modificato il Beneficiario della prestazione designato.

Ai fini della determinazione dell'età della persona con disabilità utilizzata per l'individuazione del relativo coefficiente di conversione, si farà riferimento all'età assicurativa alla data dell'evento (riscatto del contratto o decesso dell'Assicurato).

L'età assicurativa va rettificata sommando algebricamente alla stessa il fattore correttivo riportato nella seguente Tabella G in corrispondenza dell'anno di nascita della persona con disabilità.

Tabella G

AGE SHIFTING	
Anno di nascita della persona con disabilità	Correzione Età
Fino al 1908	+7
Dal 1909 al 1917	+6
Dal 1918 al 1922	+5
Dal 1923 al 1929	+4
Dal 1930 al 1940	+3
Dal 1941 al 1949	+2
Dal 1950 al 1957	+1
Dal 1958 al 1966	0
Dal 1967 al 1976	-1
Dal 1977 al 1986	-2
Dal 1987 al 1996	-3
Dal 1997 al 2007	-4
Dal 2008 al 2018	-5
Dal 2019 al 2020	-6
Dal 2021 in poi	-7

La Compagnia, su richiesta del Contraente, fornisce per iscritto all'avente diritto una descrizione sintetica dei relativi costi e delle condizioni economiche applicate alla conversione in rendita.

Art. 16 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

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

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.

In caso di decesso dell'Assicurato:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

In caso di riscatto:

- richiesta presentata e sottoscritta dal Contraente;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato nel caso sia diverso dal Contraente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del Contraente. Se il Contraente è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.

Ulteriore documentazione richiesta in caso di Liquidazione Speciale

- certificato di morte della persona con disabilità rilasciato dal Comune.

In caso di esercizio delle opzioni e i pagamenti conseguenti:

- a seguito della richiesta dell'opzione di liquidazione della rendita vitalizia e nel corso di erogazione della stessa, autocertificazione di esistenza in vita della persona con disabilità da produrre annualmente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali e i modelli FATCA/CRS.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Art. 17 – Pegno e Cessione del contratto.

Il Contraente non può costituire in pegno il credito derivante dal presente contratto.

Il Contraente non può cedere a terzi il contratto.

Art. 18 – Norme a favore del Contraente.

a) Limitazioni di azioni esecutive o cautelari

Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

b) Diritto proprio del Beneficiario

Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

Art. 19 – Beneficiari della prestazione.

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni della Compagnia.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

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

Non può altresì essere modificata la designazione da parte degli eredi dopo la morte del Contraente.

In tali casi le operazioni di riscatto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Art. 20 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico degli aventi diritto.

Art. 21 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 22 – Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

In caso di trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi.

L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

In caso di modifica in corso di contratto delle condizioni di grave disabilità del parente/assistito dell'Assicurato, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi.

In caso di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

Art. 23 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 24 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GARANZIE ACCESSORIE FACOLTATIVE

Art. 25 – Oggetto.

Il prodotto Cattolica&Protezione Dopo di Noi prevede le seguenti garanzie accessorie di natura facoltativa, aggiuntive rispetto alla garanzia principale a premio unico ricorrente:

- a) *Garanzia accessoria Caso Morte*;
- b) *Garanzia accessoria Caso Morte + Invalidità Totale e Permanente*.

Il Contraente può attivare alternativamente una delle garanzie accessorie facoltative di cui sopra esclusivamente alla sottoscrizione del contratto. Non è quindi possibile sottoscrivere tali garanzie nel corso della durata del contratto. A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e in relazione alla garanzia prescelta, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita, determinato nel suo ammontare al momento della sottoscrizione del contratto.

La Compagnia offre inoltre, in entrambe le forme, una prestazione anticipativa definita “*Terminal Illness*”; questa garanzia prevede nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, il pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione caso morte in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale. La garanzia “*Terminal Illness*” si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia accessoria caso morte.

Le presenti garanzie sono operanti nel caso in cui il Contraente abbia dichiarato di volersi avvalere delle stesse, a condizione che abbia pagato il relativo premio e che lo stato di salute, lo stile di vita e l'attività professionale dell'Assicurato siano idonei alla sua assicurabilità.

Queste garanzie accessorie prevedono il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso.

È tuttavia possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario, nel qual caso sussiste una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 31.

Le garanzie accessorie hanno una durata coincidente con il piano dei versamenti della garanzia principale a premio unico ricorrente. In ogni caso le garanzie devono avere una durata non inferiore a 10 anni e non superiore a 30 anni.

L'Assicurato alla decorrenza delle presenti garanzie deve avere un'età assicurativa non inferiore a 18 e non superiore a 65 anni e al termine del periodo di copertura deve avere un'età assicurativa non superiore a 75 anni.

Il premio annuo della forma assicurativa prescelta è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Ai fini delle presenti garanzie accessorie, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

Il rischio morte e invalidità totale e permanente è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 31, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 26 – I premi versati a fronte delle garanzie accessorie facoltative.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipula del contratto assicurativo.

Il premio è comprensivo dei costi indicati al precedente Art. 9 a) II).

Il premio rimane costante per tutta la durata ed è corrisposto fino alla scadenza della copertura o, in caso di sinistro (morte o sopraggiunta invalidità totale e permanente), fino al verificarsi di tale evento.

La corresponsione del premio della garanzia accessoria deve avere la medesima periodicità prevista per la garanzia principale a premio unico ricorrente e deve essere corrisposto in via anticipata a ciascuna ricorrenza annua, semestrale, trimestrale o mensile di contratto.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per la garanzia accessoria facoltativa sono previsti gli interessi di frazionamento indicati al precedente Art. 9 a) III).

Non è ammesso il pagamento del premio relativo alle sole garanzie accessorie.

Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle rate successive, può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa;
- bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione";
- carta di debito o carta di credito.

Il pagamento del premio delle rate successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit). Tale modalità di pagamento è obbligatoria per rateazione mensile o trimestrale del premio per i broker e per Agenzia C. P. Servizi Consulenziali S.p.A.

Art. 27 – Sospensione del pagamento dei premi e riattivazione.

È facoltà del Contraente interrompere il versamento dei premi annui relativi alle presenti garanzie accessorie e decorsi 30 giorni dalla prima rata di premio non pagata, tali garanzie si sospendono e pertanto la Compagnia non coprirà l'eventuale verificarsi del sinistro.

La riattivazione è ammessa entro sei mesi dalla prima rata di premio rimasta insoluta, dietro pagamento delle rate arretrate.

Il recupero dei premi arretrati non riguarda i premi della garanzia principale a premio unico ricorrente.

Qualora il Contraente volesse sospendere definitivamente il pagamento dei premi della garanzia accessoria, dovrà inviare una specifica richiesta alla Compagnia e la relativa copertura cesserà comunque alla scadenza del periodo per il quale l'ultimo premio risulti pagato (tramite SDD o incasso con altra modalità).

Art. 28 – Operatività delle garanzie accessorie facoltative e cessazione.

• Garanzia "Decesso"

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la relativa copertura accessoria e corrisposto il relativo premio pattuito, si verifica il decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di copertura.

La presente garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo per la garanzia accessoria;
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale ("Terminal Illness") con conseguente liquidazione del capitale della garanzia accessoria caso morte;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato.

• Garanzia "Invalidità Totale Permanente"

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la relativa copertura accessoria e corrisposto il relativo premio pattuito, sopraggiunga all'Assicurato una invalidità totale e permanente.

La presente garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo per la garanzia accessoria;
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale ("Terminal Illness") con conseguente liquidazione del capitale della garanzia accessoria caso morte;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 65° compleanno dell'Assicurato.

• Garanzia "Terminal Illness"

L'obbligo della Compagnia di pagare immediatamente il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la copertura accessoria caso morte e corrisposto il relativo premio pattuito, viene diagnosticata una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno.

La presente assicurazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di scadenza della copertura.

L'assicurazione "Terminal Illness" si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo della garanzia accessoria caso morte;
- un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia accessoria caso morte.

Art. 29 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".

Art. 30 – Il capitale assicurato.

I) Assicurazione Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di copertura, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 50.000,00 Euro.

Il capitale assicurato, qualora la garanzia venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 60, non potrà essere superiore a 250.000,00 Euro, ridotto a 200.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 65.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati.

In tutti gli altri casi la garanzia potrà essere sottoscritta solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato.

La prestazione assicurativa offerta da tale garanzia accessoria verrà erogata secondo la stessa modalità scelta dal Contraente per la corresponsione della garanzia principale a premio unico ricorrente.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della copertura, questa si intenderà estinta ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

II) Assicurazione Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente

In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di copertura o in caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato che superi prima del compimento dei 65 anni di età dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 50.000,00 Euro.

Il capitale assicurato, qualora la garanzia venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 60, non potrà essere superiore a 250.000,00 Euro, ridotto a 200.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 65.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati.

In tutti gli altri casi la garanzia potrà essere sottoscritta solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a seguito di infortunio o di sopravvenuta malattia organica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, sia riconosciuto definitivamente incapace di effettuare un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

In caso di pagamento del capitale assicurato per invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di successivo decesso dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della copertura o nel caso non si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, questa si intenderà estinta ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

• **Garanzia “Terminal Illness”**

Accertato lo stato di malattia terminale, così come definito nell'Art. 25, la Compagnia corrisponderà il capitale previsto dall'assicurazione caso morte entro 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

Tutte le altre garanzie cesseranno una volta eseguito il pagamento della presente garanzia accessoria.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla garanzia accessoria per la durata prevista.

Art. 31 – Esclusioni e periodo di carenza relativi alla garanzia accessoria facoltativa.

• **Garanzia “Decesso”**

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- abuso di alcool;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta del Contraente e previa corresponsione del relativo sovrapprezzo.

Qualora la garanzia accessoria venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei

premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all’ammontare dei premi versati.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all’intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della garanzia: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la decorrenza della garanzia;
- c) di infortunio avvenuto dopo la decorrenza della garanzia, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l’evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

L’Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Qualora l’importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell’Assicurato.

In assenza di esami clinici necessari per l’accertamento dell’eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell’Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla decorrenza della garanzia e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Se il decesso dell’Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla decorrenza della garanzia, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

- **Garanzia “Terminal Illness”**

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia “Terminal Illness” sono le medesime della garanzia “Decesso” sopra riportate.

- **Garanzia “Invalidità Totale Permanente”**

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente dovuti a:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell’Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati;**
- **guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell’Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all’Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;**
- **atti volontari di autolesionismo dell’Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;**
- **tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia accessoria;**
- **abuso di alcool;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;**
- **interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;**
- **malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell’umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;**
- **conseguenze di infortuni verificatisi mentre l’Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d’Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;**
- **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l’Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- **svolgimento di un’attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;**
- **svolgimento di un’attività sportiva pericolosa sia a scopo ricreativo che agonistico, come attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) con o senza guida, attività speleologiche**

con o senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e goidoslitta, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme, rugby, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista;

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate.

Per Normale Attività Lavorativa si intende l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Le condizioni di carenza per la garanzia "Invalidità Totale Permanente" sono le medesime della garanzia "Decesso" sopra riportate.

Art. 32 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

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

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;

- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell’Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell’evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

La Compagnia, anche nell’interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell’autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l’identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l’informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell’Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Denuncia dello stato di malattia terminale

Qualora all’Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l’Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Nella fase di accertamento dell’avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l’Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l’identificazione e l’adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Denuncia della presunta invalidità totale e permanente dell’Assicurato

La denuncia dell’infortunio o della malattia deve avvenire entro sessanta giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l’infortunio o la malattia stessa, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano interessare la garanzia prestata.

La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Ai fini dell’accertamento da parte della Compagnia dell’invalidità totale e permanente, l’Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:

- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all’infortunio che hanno determinato l’invalidità totale e permanente;
- certificato attestante l’invalidità totale e permanente rilasciato dall’INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l’accertamento dell’invalidità totale e permanente.

Successivamente all’accertamento dello stato di invalidità totale permanente, la Compagnia provvederà ad erogare la garanzia stabilita.

Art. 33 – Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

In caso di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".

TABELLA 1

COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA

PERSONA AFFETTA DA SINDROME DI DOWN

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta della persona con disabilità.

Età della persona con disabilità (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,02125	0,02110	0,02098	0,02070
2	0,02134	0,02119	0,02107	0,02079
3	0,02153	0,02138	0,02126	0,02098
4	0,02175	0,02160	0,02148	0,02119
5	0,02199	0,02183	0,02171	0,02141
6	0,02218	0,02203	0,02190	0,02161
7	0,02241	0,02225	0,02212	0,02182
8	0,02265	0,02249	0,02236	0,02206
9	0,02291	0,02274	0,02261	0,02231
10	0,02318	0,02301	0,02287	0,02256
11	0,02343	0,02326	0,02313	0,02281
12	0,02371	0,02353	0,02339	0,02307
13	0,02399	0,02381	0,02367	0,02335
14	0,02428	0,02410	0,02396	0,02363
15	0,02458	0,02439	0,02425	0,02391
16	0,02488	0,02469	0,02454	0,02421
17	0,02520	0,02500	0,02485	0,02451
18	0,02552	0,02532	0,02516	0,02482
19	0,02585	0,02565	0,02549	0,02514
20	0,02619	0,02598	0,02582	0,02546
21	0,02661	0,02640	0,02623	0,02587
22	0,02705	0,02683	0,02666	0,02629
23	0,02751	0,02728	0,02710	0,02672
24	0,02798	0,02775	0,02757	0,02718
25	0,02848	0,02824	0,02805	0,02766
26	0,02901	0,02875	0,02856	0,02816
27	0,02955	0,02929	0,02910	0,02869
28	0,03013	0,02985	0,02965	0,02924
29	0,03073	0,03045	0,03024	0,02981
30	0,03136	0,03106	0,03085	0,03041
31	0,03200	0,03169	0,03147	0,03102
32	0,03267	0,03235	0,03213	0,03167
33	0,03337	0,03305	0,03281	0,03234
34	0,03411	0,03377	0,03353	0,03304
35	0,03489	0,03454	0,03428	0,03379
36	0,03572	0,03535	0,03509	0,03457
37	0,03660	0,03621	0,03593	0,03541
38	0,03753	0,03712	0,03684	0,03629
39	0,03852	0,03809	0,03779	0,03723
40	0,03957	0,03912	0,03881	0,03823
41	0,04065	0,04017	0,03985	0,03925
42	0,04179	0,04130	0,04096	0,04034
43	0,04302	0,04249	0,04214	0,04150
44	0,04432	0,04376	0,04339	0,04273
45	0,04570	0,04511	0,04472	0,04404

46	0,04718	0,04656	0,04615	0,04543
47	0,04877	0,04811	0,04767	0,04693
48	0,05047	0,04976	0,04930	0,04852
49	0,05229	0,05153	0,05105	0,05023
50	0,05425	0,05344	0,05292	0,05207
51	0,05622	0,05535	0,05480	0,05391
52	0,05833	0,05739	0,05681	0,05588
53	0,06059	0,05959	0,05897	0,05799
54	0,06304	0,06196	0,06130	0,06027
55	0,06570	0,06453	0,06382	0,06274
56	0,06860	0,06733	0,06656	0,06541
57	0,07177	0,07038	0,06956	0,06834
58	0,07527	0,07375	0,07286	0,07156
59	0,07917	0,07750	0,07652	0,07514
60	0,08351	0,08167	0,08059	0,07911
61	0,08750	0,08548	0,08431	0,08274
62	0,09188	0,08966	0,08839	0,08671
63	0,09671	0,09426	0,09287	0,09107
64	0,10205	0,09933	0,09781	0,09587
65	0,10798	0,10495	0,10327	0,10118
66	0,11460	0,11120	0,10934	0,10707
67	0,12198	0,11816	0,11607	0,11360
68	0,13030	0,12596	0,12361	0,12090
69	0,13971	0,13475	0,13209	0,12911
70	0,15042	0,14470	0,14167	0,13836
71	0,16265	0,15599	0,15252	0,14882
72	0,17675	0,16894	0,16491	0,16074
73	0,19305	0,18379	0,17908	0,17435
74	0,21198	0,20090	0,19534	0,18991
75	0,23424	0,22082	0,21418	0,20791
76	0,26079	0,24430	0,23627	0,22893
77	0,29305	0,27243	0,26257	0,25386
78	0,33327	0,30691	0,29456	0,28404
79	0,38347	0,34906	0,33330	0,32036
80	0,44669	0,40076	0,38028	0,36412

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa della persona con disabilità alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa della persona con disabilità al momento della conversione: 45 anni
- Anno di nascita della persona con disabilità: 2000
- Età rettificata della persona con disabilità al momento della conversione: 41 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: $100.000,00 \text{ Euro} \times 0,04065 = 4.065,00 \text{ Euro}$

TABELLA 2
COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA

PERSONA AFFETTA DA AUTISMO

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta della persona con disabilità.

Età della persona con disabilità (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,01896	0,01884	0,01874	0,01850
2	0,01878	0,01867	0,01857	0,01832
3	0,01882	0,01871	0,01861	0,01836
4	0,01891	0,01879	0,01869	0,01845
5	0,01902	0,01890	0,01880	0,01855
6	0,01914	0,01902	0,01892	0,01867
7	0,01928	0,01916	0,01906	0,01881
8	0,01944	0,01931	0,01921	0,01895
9	0,01960	0,01947	0,01937	0,01911
10	0,01977	0,01964	0,01953	0,01927
11	0,01992	0,01979	0,01968	0,01942
12	0,02008	0,01995	0,01984	0,01958
13	0,02025	0,02011	0,02000	0,01974
14	0,02042	0,02028	0,02017	0,01990
15	0,02059	0,02045	0,02034	0,02006
16	0,02077	0,02063	0,02051	0,02024
17	0,02095	0,02081	0,02070	0,02042
18	0,02115	0,02100	0,02088	0,02060
19	0,02134	0,02120	0,02108	0,02079
20	0,02154	0,02139	0,02127	0,02099
21	0,02177	0,02161	0,02149	0,02120
22	0,02200	0,02185	0,02172	0,02143
23	0,02224	0,02209	0,02196	0,02166
24	0,02249	0,02233	0,02220	0,02190
25	0,02275	0,02259	0,02245	0,02215
26	0,02301	0,02284	0,02271	0,02240
27	0,02327	0,02310	0,02297	0,02265
28	0,02354	0,02337	0,02323	0,02292
29	0,02382	0,02364	0,02350	0,02318
30	0,02411	0,02392	0,02378	0,02346
31	0,02440	0,02421	0,02407	0,02374
32	0,02470	0,02451	0,02436	0,02403
33	0,02501	0,02482	0,02466	0,02433
34	0,02532	0,02513	0,02497	0,02463
35	0,02565	0,02544	0,02529	0,02494
36	0,02602	0,02581	0,02565	0,02529
37	0,02640	0,02619	0,02602	0,02566
38	0,02680	0,02658	0,02641	0,02605
39	0,02721	0,02699	0,02682	0,02644
40	0,02764	0,02741	0,02724	0,02686
41	0,02808	0,02784	0,02766	0,02728
42	0,02854	0,02829	0,02811	0,02771
43	0,02901	0,02875	0,02856	0,02816
44	0,02949	0,02923	0,02904	0,02863
45	0,03000	0,02973	0,02953	0,02911

46	0,03053	0,03025	0,03004	0,02962
47	0,03108	0,03079	0,03058	0,03014
48	0,03164	0,03135	0,03113	0,03069
49	0,03223	0,03192	0,03170	0,03125
50	0,03284	0,03252	0,03229	0,03182
51	0,03349	0,03316	0,03293	0,03245
52	0,03418	0,03384	0,03359	0,03311
53	0,03489	0,03454	0,03428	0,03379
54	0,03564	0,03527	0,03500	0,03449
55	0,03641	0,03603	0,03576	0,03523
56	0,03725	0,03685	0,03657	0,03603
57	0,03814	0,03772	0,03743	0,03688
58	0,03907	0,03863	0,03833	0,03776
59	0,04006	0,03960	0,03928	0,03870
60	0,04109	0,04061	0,04028	0,03968
61	0,04222	0,04171	0,04137	0,04074
62	0,04340	0,04287	0,04251	0,04186
63	0,04466	0,04410	0,04373	0,04306
64	0,04600	0,04541	0,04501	0,04432
65	0,04742	0,04679	0,04638	0,04566
66	0,04899	0,04832	0,04789	0,04714
67	0,05067	0,04996	0,04950	0,04871
68	0,05247	0,05171	0,05122	0,05040
69	0,05440	0,05358	0,05306	0,05221
70	0,05646	0,05559	0,05503	0,05414
71	0,05876	0,05781	0,05722	0,05628
72	0,06124	0,06022	0,05958	0,05859
73	0,06392	0,06281	0,06213	0,06108
74	0,06682	0,06561	0,06488	0,06377
75	0,06996	0,06864	0,06785	0,06667
76	0,07354	0,07209	0,07123	0,06997
77	0,07747	0,07587	0,07492	0,07358
78	0,08179	0,08001	0,07898	0,07754
79	0,08653	0,08455	0,08341	0,08186
80	0,09172	0,08950	0,08824	0,08656

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa della persona con disabilità alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa della persona con disabilità al momento della conversione: 28 anni
- Anno di nascita della persona con disabilità: 1988
- Età rettificata della persona con disabilità al momento della conversione: 25 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: $100.000,00 \text{ Euro} \times 0,02275 = 2.275,00 \text{ Euro}$

TABELLA 3
COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA

PERSONA AFFETTA DA ALTRE FORME DI DISABILITA' (DIVERSE DA SINDROME DI DOWN E AUTISMO)
COME DEFINITE ALL'ART. 3 DELLA LEGGE 104/92

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta della persona con disabilità.

Età della persona con disabilità (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,01699	0,01690	0,01681	0,01659
2	0,01708	0,01698	0,01690	0,01667
3	0,01719	0,01709	0,01700	0,01678
4	0,01731	0,01721	0,01712	0,01690
5	0,01744	0,01733	0,01724	0,01702
6	0,01756	0,01746	0,01737	0,01714
7	0,01770	0,01759	0,01750	0,01727
8	0,01783	0,01773	0,01764	0,01740
9	0,01798	0,01787	0,01778	0,01754
10	0,01812	0,01801	0,01792	0,01768
11	0,01827	0,01816	0,01806	0,01783
12	0,01842	0,01831	0,01821	0,01797
13	0,01858	0,01847	0,01837	0,01813
14	0,01874	0,01863	0,01853	0,01828
15	0,01891	0,01879	0,01869	0,01844
16	0,01908	0,01896	0,01886	0,01861
17	0,01925	0,01913	0,01903	0,01878
18	0,01943	0,01931	0,01921	0,01895
19	0,01962	0,01949	0,01939	0,01913
20	0,01981	0,01968	0,01958	0,01932
21	0,02001	0,01988	0,01977	0,01951
22	0,02021	0,02008	0,01997	0,01970
23	0,02042	0,02028	0,02017	0,01990
24	0,02063	0,02050	0,02038	0,02011
25	0,02086	0,02072	0,02060	0,02033
26	0,02109	0,02094	0,02083	0,02055
27	0,02132	0,02118	0,02106	0,02078
28	0,02157	0,02142	0,02130	0,02101
29	0,02182	0,02167	0,02154	0,02125
30	0,02208	0,02192	0,02180	0,02151
31	0,02235	0,02219	0,02206	0,02176
32	0,02263	0,02246	0,02233	0,02203
33	0,02291	0,02275	0,02261	0,02231
34	0,02321	0,02304	0,02290	0,02259
35	0,02352	0,02334	0,02320	0,02289
36	0,02383	0,02366	0,02352	0,02320
37	0,02417	0,02398	0,02384	0,02351
38	0,02451	0,02432	0,02418	0,02385
39	0,02487	0,02467	0,02452	0,02419
40	0,02524	0,02504	0,02489	0,02454
41	0,02562	0,02542	0,02526	0,02492
42	0,02602	0,02581	0,02565	0,02530
43	0,02644	0,02623	0,02606	0,02570
44	0,02687	0,02665	0,02649	0,02612

45	0,02733	0,02710	0,02693	0,02655
46	0,02780	0,02756	0,02739	0,02700
47	0,02829	0,02805	0,02787	0,02748
48	0,02880	0,02855	0,02837	0,02797
49	0,02934	0,02908	0,02889	0,02848
50	0,02990	0,02963	0,02943	0,02902
51	0,03049	0,03021	0,03000	0,02958
52	0,03110	0,03081	0,03060	0,03017
53	0,03174	0,03144	0,03123	0,03078
54	0,03242	0,03211	0,03188	0,03143
55	0,03313	0,03280	0,03257	0,03210
56	0,03388	0,03354	0,03330	0,03282
57	0,03466	0,03431	0,03406	0,03357
58	0,03549	0,03513	0,03487	0,03436
59	0,03637	0,03599	0,03572	0,03520
60	0,03731	0,03690	0,03662	0,03608
61	0,03829	0,03787	0,03758	0,03702
62	0,03934	0,03890	0,03859	0,03802
63	0,04046	0,03999	0,03967	0,03908
64	0,04165	0,04115	0,04082	0,04020
65	0,04292	0,04239	0,04204	0,04140
66	0,04427	0,04372	0,04335	0,04269
67	0,04572	0,04514	0,04475	0,04406
68	0,04728	0,04666	0,04624	0,04553
69	0,04896	0,04829	0,04785	0,04711
70	0,05077	0,05005	0,04959	0,04880
71	0,05272	0,05195	0,05145	0,05063
72	0,05483	0,05400	0,05347	0,05261
73	0,05711	0,05622	0,05565	0,05475
74	0,05960	0,05862	0,05802	0,05706
75	0,06230	0,06124	0,06059	0,05958
76	0,06525	0,06410	0,06340	0,06232
77	0,06849	0,06722	0,06646	0,06531
78	0,07204	0,07065	0,06981	0,06859
79	0,07594	0,07440	0,07349	0,07218
80	0,08022	0,07851	0,07751	0,07611

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa della persona con disabilità alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa della persona con disabilità al momento della conversione: 37 anni
- Anno di nascita della persona con disabilità: 1979
- Età rettificata della persona con disabilità al momento della conversione: 35 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: $100.000,00 \text{ Euro} \times 0,02352 = 2.352,00 \text{ Euro}$

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA “RI.SPE.VI.”

1 – Viene attuata una forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società Cattolica di Assicurazione, che viene contraddistinta con il nome “Rivalutazione Speciale Vita” ed indicata di seguito con la sigla “RI.SPE.VI.”. La gestione “RI.SPE.VI.” è attuata in modo conforme alla normativa vigente ed in particolare secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 38 del 3 giugno 2011.

2 – La valuta di denominazione della gestione “RI.SPE.VI.” è in Euro.

3 – Il rendimento annuo della gestione “RI.SPE.VI.” viene calcolato al termine di ciascun mese dell’esercizio relativo alla certificazione, con riferimento ai dodici mesi di calendario trascorsi.

4 – Obiettivi e politiche di investimento:

a) Principali tipologie di strumenti finanziari e valuta di denominazione: si indicano di seguito gli strumenti finanziari ammessi e i relativi limiti e condizioni di investimento, fatti salvi i limiti previsti dalle norme pro tempore in vigore, che comprendono:

- titoli di stato, obbligazioni a tasso fisso o variabile e depositi bancari: i titoli di stato, le obbligazioni (incluse cartolarizzazioni), i depositi bancari e gli altri titoli di debito negoziabili sul mercato dei capitali, sono ammessi fino al 100% del portafoglio;
- azioni: le azioni, i warrant, le obbligazioni convertibili e gli altri strumenti rappresentativi di capitale di rischio negoziati sul mercato dei capitali, sono permessi fino al limite del 20% del portafoglio;
- organismi di investimento collettivi (OICR): gli investimenti in organismi di investimento collettivi del risparmio (fondi comuni e SICAV, inclusi fondi chiusi di private equity e hedge fund):
 - fondi azionari: a valere sullo stesso limite fissato per le azioni (complessivamente azioni, OICR azionari, hedge fund e fondi di private equity non possono superare la soglia del 20% del portafoglio);
 - fondi obbligazionari e monetari (considerati congiuntamente): il limite è pari al 40% del valore investibile nel comparto obbligazionario;
 - fondi bilanciati: per convenzione si ritiene che gli investimenti sottostanti siano equamente divisi tra la componente azionaria e quella obbligazionaria; si fa pertanto riferimento ai limiti fissati per le classi di investimento identificate;
 - hedge fund e fondi di private equity: a valere sullo stesso limite fissato per le azioni (complessivamente azioni, OICR azionari, hedge fund e fondi di private equity non possono superare la soglia del 20% del portafoglio);
- immobili e fondi immobiliari: sono ammessi nel limite massimo del 25%.

La scelta delle categorie di investimento dovrà inoltre tenere in considerazione le seguenti limitazioni:

- aree geografiche: gli investimenti sono appartenenti alle categorie di investimento emesse da soggetti appartenenti all'area euro. Gli investimenti in categorie di investimento emesse da soggetti non appartenenti all'area euro sono limitati a una quota massima del 40% di ciascun portafoglio come sopra identificato;
- valuta: gli investimenti saranno principalmente denominati in euro; è consentito l'investimento in valute diverse dall'euro e privo di copertura del rischio di cambio.

Politiche di investimento: la politica di gestione adottata mira alla redditività e rivalutabilità nel medio e lungo termine del patrimonio in gestione, ottenuto attraverso una ripartizione degli attivi che tenda a minimizzare la volatilità mediante una diversificazione degli investimenti.

Gli attivi sono allocati e gestiti in modo coerente con le finalità della gestione e con un adeguato livello di diversificazione, sempre nel rispetto della durata degli impegni delle passività e tenendo conto delle garanzie di rendimento minimo previste dal contratto.

Le scelte di investimento nel comparto degli investimenti a reddito fisso vengono effettuate sulla base delle previsioni circa l'evoluzione dei tassi di interesse considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti.

La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento sul mercato).

- b) La gestione separata non investe in attività finanziarie riconducibili al medesimo gruppo di appartenenza della Compagnia.
- c) Nell'ambito dell'attività di investimento possono venire utilizzati strumenti finanziari derivati o prodotti strutturati al fine di:
- salvaguardare il valore delle attività finanziarie, riducendo o eliminando i rischi finanziari;

– ottimizzare i flussi reddituali derivanti dall'investimento nelle attività finanziarie.

L'eventuale impiego di strumenti finanziari derivati avviene nel rispetto delle condizioni per l'utilizzo previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.

5 – La gestione "RI.SPE.VI." è dedicata a contratti a prestazioni rivalutabili. La gestione "RI.SPE.VI." non è dedicata ad un particolare segmento di clientela.

6 – Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione "RI.SPE.VI."

7 – Esiste la possibilità di effettuare modifiche al presente regolamento, derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente. Modifiche al regolamento potranno essere effettuate anche a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per l'assicurato.

8 – Sulla gestione "RI.SPE.VI." possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla Società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

9 – Il rendimento della gestione "RI.SPE.VI." beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

10 – Il tasso medio di rendimento annuo della gestione "RI.SPE.VI." si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione "RI.SPE.VI.", di competenza del periodo indicato al punto 3, al valore medio della gestione "RI.SPE.VI." nello stesso periodo.

Nel risultato finanziario della gestione "RI.SPE.VI.", al lordo delle ritenute di acconto fiscale, sono compresi i proventi finanziari di competenza dell'esercizio – comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza – gli utili e le perdite da realizzo per la quota di competenza della gestione "RI.SPE.VI.", comprensivi degli utili e dei proventi di cui al precedente punto 9.

Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione.

Gli utili e le perdite da realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella gestione "RI.SPE.VI." e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella gestione "RI.SPE.VI." per i beni già di proprietà della Compagnia.

Per valore medio della gestione "RI.SPE.VI." si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli istituti di credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività della gestione "RI.SPE.VI."

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella gestione "RI.SPE.VI." ai fini della determinazione del rendimento annuo della gestione "RI.SPE.VI."

L'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno successivo.

Le regole che sovrintendono al calcolo del rendimento annuo della gestione "RI.SPE.VI." sono determinate sulla base della normativa fiscale attualmente vigente.

11 – È ammessa la possibilità di fusione della gestione "RI.SPE.VI." con altre gestioni separate della Compagnia ove ricorrano tutte le seguenti condizioni:

- a) rispetto delle disposizioni previste dall'art. 5, comma 6 del Regolamento Isvap n. 38, dal Provvedimento Isvap n. 2472 del 10 novembre 2006 e dal D.lgs. n. 252 del 5 dicembre 2005 e successive eventuali modifiche;
- b) l'operazione persegua l'interesse dei Contraenti coinvolti nella fusione;
- c) le caratteristiche delle gestioni separate oggetto di fusione siano similari;
- d) le politiche di investimento delle gestioni separate oggetto di fusione siano omogenee;
- e) il passaggio tra la precedente gestione e la nuova gestione avvenga senza oneri o spese per i Contraenti;
- f) l'operazione di fusione non comporti modifiche del regolamento della gestione "RI.SPE.VI." in senso meno favorevole ai Contraenti;
- g) non si verifichino soluzioni di continuità nella gestione delle gestioni separate.

In tal caso, la Compagnia informerà, in via preventiva e per iscritto, i Contraenti della gestione "RI.SPE.VI." circa tutti gli aspetti connessi con l'operazione di fusione che rilevano per gli stessi, in particolare precisando:

- i) le motivazioni dell'operazione di fusione;
- ii) gli effetti che la stessa determina sulle politiche di investimento delle gestioni separate interessate alla fusione e sul regime delle commissioni;
- iii) le modalità ed i tempi esatti di regolazione della fusione;
- iv) la composizione sintetica delle gestioni separate interessate alla fusione.

La Compagnia provvederà, altresì, ad inviare ai Contraenti il nuovo regolamento della gestione patrimoniale cui è collegato il presente contratto derivante dall'operazione di fusione, che costituirà parte integrante del contratto medesimo.

Il Contraente che non intenda accettare le suddette modifiche potrà esercitare il diritto di riscatto o di trasferimento del contratto, senza l'applicazione di alcun onere o penalizzazione, comunicando per iscritto – entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte della Compagnia delle modifiche che intende apportare – la propria decisione tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Compagnia.

La comunicazione di riscatto o di trasferimento pervenuta alla Compagnia successivamente alla scadenza del suddetto termine, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

Qualora il Contraente non eserciti il diritto di riscatto o di trasferimento, il contratto resta in vigore alle nuove condizioni.

12 – La gestione “RI.SPE.VI.” è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all'albo di cui al D.lgs. n. 39 del 27 gennaio 2010, la quale attesta la rispondenza della gestione “RI.SPE.VI.” al presente regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla gestione “RI.SPE.VI.”, il rendimento annuo della stessa quale descritto al punto 10 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia sulla base delle riserve matematiche.

13 – Il presente regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Adeguate verifica della Clientela	<p>L'Adeguate Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</p> <p>Tale attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <ol style="list-style-type: none">identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:<ul style="list-style-type: none">❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento Assicurato.
Capitale in caso di decesso	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento Assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.
Cessione, pegno, vincolo	Condizioni secondo cui il contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.
Compagnia	Vedi "Società".
Composizione della Gestione separata	Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.
Consolidamento	Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni

assicurative, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

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 Compagnia.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Costi (o spese)	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Durata del pagamento dei premi	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto nel contratto stesso.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Estratto conto annuale	Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti. Per i contratti con forme di partecipazione agli utili diverse, il riepilogo comprende gli utili attribuiti alla polizza.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di

	comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).
Gestione separata (o speciale)	Fondo appositamente creato dalla Società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurative.
Impignorabilità e insequestrabilità	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.
Opzione	Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, l'opportunità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita.
Perfezionamento del contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Periodo di osservazione	Periodo di riferimento in base al quale viene determinato il rendimento finanziario della gestione separata, ad esempio dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. E' a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.
Polizza con partecipazione agli utili	Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione caratterizzato da vari meccanismi di accrescimento delle prestazioni quali ad esempio la partecipazione al rendimento di una gestione interna separata o agli utili di un conto di gestione.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza rivalutabile	Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui il livello delle prestazioni ed eventualmente quello dei premi varia in base al rendimento che la Società ottiene

investendo i premi raccolti in una particolare gestione finanziaria, separata rispetto al complesso delle attività della Società stessa.

Premio aggiuntivo	Importo che il Contraente ha facoltà di versare per integrare il piano dei versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio di riferimento	Importo del premio che viene preso a riferimento per calcolare determinate prestazioni o altri valori rilevanti per le condizioni contrattuali.
Premio unico	Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto.
Premio unico ricorrente	Importo corrisposto dal Contraente alla Compagnia ai fini della conclusione contratto e che ha la facoltà di versare successivamente ad ogni ricorrenza. Ciascun premio concorre a definire, indipendentemente dagli altri, una quota di prestazione assicurata.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento Assicurato.
Prestazione minima garantita	Valore minimo della prestazione assicurativa sotto il quale la stessa non può scendere.
Principio di adeguatezza	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Prospetto annuale della composizione della gestione separata	Riepilogo aggiornato annualmente dei dati sulla composizione degli strumenti finanziari e degli attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Regolamento della gestione separata	L'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la gestione separata.
Rendiconto annuale della gestione separata	Riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata e all'aliquota di retrocessione di tale rendimento attribuita dalla Società al contratto.
Rendimento finanziario	Risultato finanziario della gestione separata nel periodo previsto dal regolamento della gestione stessa.
Rendimento minimo trattenuto	Rendimento finanziario fisso che la Società può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.

Revoca	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Riscatto	Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto chiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.
Riscatto parziale	Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Riserva matematica	Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Rivalutazione	Maggiorazione delle prestazioni assicurative attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.
Rivalutazione minima garantita	Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurative ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Set informativo	L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'Impresa, composto da: <ul style="list-style-type: none"> - il documento informativo per i prodotti di investimento, in conformità a quanto stabilito dal Regolamento (UE) n. 1286/2014 del 26 novembre 2014 e relative norme di attuazione (KID); - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP); - le Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario; - il modulo di proposta.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Società di revisione	Società diversa dalla Società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali Società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Tasso minimo garantito	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurative. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurative iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

Trasformazione

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

Obblighi del cliente

Art. 22, commi 1 e 2

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

Obbligo di astensione

Art. 42, comma 1, 2 e 4

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Sanzioni penali

Art. 55, comma 3 e 4

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
4. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendovi tenuto, viola il divieto di comunicazione di cui agli articoli 39, comma 1, e 41, comma 3, è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da 5.000 euro a 30.000 euro.

Esecutore

L'Esecutore è il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente. Se trattasi di cliente persona giuridica, il soggetto cui siano conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente.

Effettivo Percipiente

L'Effettivo Percipiente è l'eventuale persona fisica o persona giuridica a favore della quale viene effettuato il pagamento su disposizione del cliente.

Titolare effettivo

Art. 20

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
 - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
 - b) del controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
 - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

Art. 22, comma 3, 4 e 5

3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77 CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

Allegato 1 al Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014

(Rif. art. 2, comma 1, lettera y), punto 2 del Regolamento)

1. In linea con la previsione dell'Allegato tecnico del Decreto, ai fini del presente regolamento, il controllo ricorre, comunque, per tutte le persone fisiche che hanno il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto nella società-cliente. Nell'ipotesi in cui più soggetti non persone fisiche controllino una partecipazione al capitale della società-cliente, o una percentuale dei diritti di voto, nella società, superiore al 25%, il predetto criterio di individuazione del Titolare Effettivo del cliente trova applicazione con riguardo a ciascuno dei citati soggetti. Il Titolare Effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione della società, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai soci, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina degli amministratori. Tale circostanza assume precipuo rilievo quando non ricorra alcuna delle condizioni di cui sopra.
2. Non si rende necessaria l'individuazione del Titolare Effettivo per i soggetti che beneficiano dell'adeguata verifica semplificata ai sensi dell'articolo 25, commi 1 e 3, e dell'articolo 26 del Decreto. Le imprese e gli intermediari assicurativi possono astenersi dal proseguire nella ricerca del Titolare Effettivo quando, risalendo la catena di controllo, individuino come controllante un soggetto diverso da una persona fisica che, se fosse cliente, sarebbe sottoposto al regime di adeguata verifica semplificata (in tale caso, infatti, non sarebbe necessario individuare il Titolare Effettivo di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y). In tale ipotesi, va tenuta evidenza di tale soggetto come controllante.
3. Qualora il cliente sia una società fiduciaria di cui alla legge 23 novembre 1939 n. 1966 (le previsioni del presente paragrafo non si applicano alle società fiduciarie iscritte, ai sensi dell'articolo 199, comma 2 TUF, nella sezione separata dell'albo di cui all'articolo 106 TUB, a meno che il destinatario ritenga di non poter applicare le misure semplificate di adeguata verifica) si procede come segue:
 - a. se la fiduciaria agisce per conto dei fiducianti:
 - la fiduciaria/cliente sarà tenuta, ai sensi dell'articolo 21 del Decreto, a fornire per iscritto tutte le informazioni necessarie ed aggiornate, di cui sia a conoscenza, sui fiducianti, quali titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 1, del rapporto o dell'operazione;
 - ove i fiducianti siano persone diverse dalle persone fisiche, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi, di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2;
 - b. se la fiduciaria agisce in nome e per conto proprio, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2 della fiduciaria, secondo le norme relative alle società.
4. Per le fondazioni e i *trust*, il Titolare Effettivo va, cumulativamente, individuato:
 - a) nelle persone fisiche beneficiarie del 25%, o più, del patrimonio della fondazione o del *trust*, qualora i futuri beneficiari siano già stati individuati; viceversa, qualora i beneficiari non risultino ancora determinati, nella categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce la fondazione o il *trust*;
 - b) nella persona o persone fisiche che esercitano il controllo, anche di fatto, sul 25% o più del patrimonio della fondazione o del *trust*;
 - c) se diverso, in ciascun *trustee* del *trust*, se non già identificato.
5. Quando il cliente è un'organizzazione non profit, si applica quanto previsto al precedente paragrafo 4, lettere a) e b).
6. Nei casi diversi da quelli indicati nei paragrafi precedenti, il Titolare Effettivo va individuato:
 - a) nei soggetti che detengono una quota superiore al 25% del fondo o patrimonio dell'organizzazione;
 - b) e – se diversi – nei soggetti che, in forza del contratto costitutivo dell'organizzazione (e successive modifiche e integrazioni), ovvero di altri atti o circostanze, siano titolari di voti, all'interno dell'organo decisionale dell'organizzazione, per una percentuale superiore al 25% o del diritto di esprimere la maggioranza dei preposti all'amministrazione.

In tutti i casi sopradescritti, se uno o più dei soggetti, individuati in base ai predetti criteri, non è una persona fisica, il Titolare Effettivo corrisponde alla persona fisica o alle persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o esercitano il controllo diretto o indiretto su detto soggetto.

Il Titolare Effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai partecipanti all'organizzazione, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina dei preposti all'amministrazione. Tale valutazione assume precipuo rilievo quando, con riferimento al cliente, non ricorrano le condizioni di cui alle precedenti lettere a) e b).

Persone politicamente esposte

Art. 1, comma 2, lettera dd)

2. Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti e ratificato dalla Legge 18 Giugno 2015, n.95 - che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo agli istituti finanziari non statunitensi obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. L'istituto è altresì obbligato a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

CRS (Common Reporting Standard)

Sistema di scambio automatico di informazioni tra Paesi elaborato dall'OCSE per combattere la frode fiscale, l'evasione fiscale e la pianificazione fiscale aggressiva, attuato mediante Dir. 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014 recante modifica della direttiva 2011/16/UE per quanto riguarda lo scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale e correlata L. 9 luglio 2015, n. 114 attraverso cui è attuato l'ampliamento dello scambio automatico di informazioni già previsto all'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva 2011/16/UE in relazione ai residenti in altri Stati membri,. Il CRS prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione della clientela al fine di ottenere la residenza fiscale nonché attività di monitoraggio per individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione.

TIN / SSN / EIN

(Codice fiscale statunitense) designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti.

"NIF"

Si intende un codice di identificazione fiscale (o equivalente funzionale in assenza di un codice di identificazione fiscale).

GIIN

(Global Intermediary Identification Number) designa il codice identificativo rilasciato e pubblicato in una apposita lista dall'IRS ("FFI list") ed assegnato a una Participating Foreign Financial Institution (PFFI), una Registered Deemed Compliant FFI, nonché a ogni altra entità che deve o può registrarsi presso l'IRS, secondo le pertinenti disposizioni del Tesoro statunitense.

Internal Revenue Service – IRS

Designa l'Amministrazione Finanziaria Statunitense.

Intergovernmental Agreement – IGA

Designa un Accordo intergovernativo per migliorare la tax compliance internazionale e per applicare la normativa Fatca stipulato dal Governo degli Stati Uniti d'America con un altro Paese.

- a. **IGA 1** designa un IGA che prevede l'obbligo, per le istituzioni finanziarie localizzate nel Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti, di comunicare le informazioni richieste dalla normativa FATCA all'Autorità fiscale del Paese stesso, che le trasmette all'Internal Revenue Service statunitense (IRS);
- b. **IGA 2** designa un IGA in base al quale l'Autorità fiscale del Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti si impegna a consentire alle istituzioni finanziarie localizzate presso tale Paese la trasmissione delle informazioni richieste dalla normativa FATCA direttamente all'IRS.

Expanded Affiliated Group - EAG

Designa un gruppo di istituzioni finanziarie in cui una entità controlla le altre entità, ovvero le entità sono soggette a controllo comune. A tal fine, il controllo comprende il possesso diretto o indiretto di più del 50 per cento dei diritti di voto e della partecipazione al capitale di un'entità.

Participating FFI

(Solo FATCA) – PFFI (Istituzione finanziaria estera – ovvero NON US - partecipante) designa le istituzioni finanziarie tenute alla comunicazione localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 2 nonché quelle localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA 1 ma che hanno firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS.

Registered Deemed Compliant FFI

(Solo FATCA) Istituzioni finanziarie estere – ovvero NON US - registrate considerate adempienti designa:

- a. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA che sono qualificate come RDCFFI sulla base dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un Accordo IGA 1 e che sono tenute alla comunicazione;
- c. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2 qualificate come RDCFFI sulla base della normativa interna di tali ultimi Paesi.

Certified Deemed Compliant FFI

Istituzioni finanziarie estere – ovvero NON US - certificate considerate adempienti. Rientrano:

- a. le istituzioni finanziarie estere localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA ma che sono qualificate come CDC FFI dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2, diverse dalle RDCFFI, che sono qualificate come CDCFFI dalla normativa domestica di tali Paesi.

Exempt Beneficial Owner (solo FATCA)

Sono le istituzioni, le società o gli altri soggetti che rientrano nel seguente elenco:

- a) il Governo Italiano, ogni suddivisione geografica, politica o amministrativa del Governo Italiano, o ogni agenzia o ente strumentale interamente detenuto da uno qualsiasi o più dei soggetti precedenti;
- b) un'organizzazione internazionale pubblica (o una sede italiana di organizzazione internazionale pubblica) avente titolo a godere di privilegi, esenzioni e immunità in quanto organizzazione internazionale ai sensi di un trattato o accordo internazionale concluso dall'Italia e ogni agenzia dipendente da tale organizzazione o ente strumentale dalla stessa istituito per il perseguimento, anche indiretto, dei propri scopi;
- c) la Banca d'Italia;
- d) le Poste Italiane S.p.A., ad eccezione del patrimonio BancoPosta;
- e) la Cassa di Risparmio di Roma S.p.A. (CRS);
- f) i fondi o le istituzioni che si qualificano come forme pensionistiche complementari ai sensi della legislazione italiana, compresi i fondi pensione regolati dal Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o
- g) istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, a condizione che i contributi individuali volontari al conto siano limitati dalla normativa italiana di riferimento oppure non eccedano in alcun anno 50.000 €;
- h) i fondi pensione nonché gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, che hanno diritto ai benefici previsti dalla Convenzione del 25 agosto 1999 Italia - Stati Uniti per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le frodi o le evasioni fiscali in quanto soggetto residente in Italia ai sensi dell'art. 4 della predetta Convenzione e in possesso dei requisiti di cui all'art. 2, lettera f), del protocollo alla Convenzione stessa;
- i) i fondi pensione istituiti dagli EBO di cui ai punti precedenti per fornire prestazioni pensionistiche o altri benefici in caso di malattia o morte a partecipanti che sono, o sono stati, dipendenti di tali EBO o a persone designate da tali dipendenti ovvero a persone che, pur non essendo state dipendenti di detti EBO, hanno diritto a ricevere i summenzionati benefici in ragione di servizi personali resi ai medesimi EBO;
- j) le società o i soggetti giuridici di piena proprietà di altri soggetti esenti da FATCA;
- k) i beneficiari effettivi esteri esenti localizzati in Paesi che hanno sottoscritto un IGA1 o un IGA2 e che sono considerati beneficiari effettivi esenti in base alla legislazione domestica di tali Paesi nonché i soggetti considerati beneficiari effettivi esenti dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Non Participating Financial Institution

(Solo FATCA) Istituzione finanziaria non partecipante - NPFI designa un'istituzione finanziaria localizzata in un Paese che non ha sottoscritto un IGA, diversa da una Participating Foreign Financial Institution, da una Deemed Compliant Foreign Financial Institution e da un Exempt Beneficial Owner in base ai pertinenti Regolamenti del Dipartimento del Tesoro statunitense. In questa definizione rientrano altresì le istituzioni finanziarie italiane escluse dalla FFI list a seguito dell'espletamento della procedura di cui all'articolo 5, paragrafo 2, dell'IGA Italia nonché le Partner Jurisdiction Financial Institution (Istituzioni Finanziarie localizzate in paesi diversi da Italia e Stati Uniti che hanno sottoscritto un IGA) alle quali è stato revocato il GIIN.

Sponsored FFI

(Solo FATCA) Ai fini di adempiere gli obblighi FATCA, un'entità di investimento può ricorrere ad una entità sponsor, ferma restando la responsabilità della Sponsored FFI per il corretto assolvimento dei suddetti obblighi.

Non Specified U.S. Person

- società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati mobiliari regolamentati;
- qualsiasi società di capitali che è un membro dello stesso expanded affiliated group, di una società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati regolamentati;
- gli Stati Uniti o qualsiasi suo ente o agenzia interamente posseduta;
- qualsiasi Stato degli Stati Uniti, qualsiasi territorio statunitense, qualsiasi suddivisione politica di uno dei precedenti, o qualsiasi agenzia o ente interamente posseduto di uno o più dei precedenti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi banca come definita nella sezione 581 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- un intermediario come definito nella sezione 6045(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust di investimento immobiliare come definito nella sezione 856 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi common trust fund come definito nella sezione 584(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust esente da imposte conformemente alla sezione 664(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o che è descritto nella sezione 4947(a)(1) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- ogni trust esente da imposte conformemente a un piano descritto nella sezione 403(b) o nella sezione 457(b) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi società di investimento regolamentata come definita nella sezione 851 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o qualsiasi entità registrata presso la Securities and Exchange Commission degli Stati Uniti conformemente all'Investment Company Act del 1940;
- un operatore in titoli, commodities, o strumenti finanziari derivati (inclusi i contratti su capitali figurativi, futures, forwards e opzioni) che è registrato come tale o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato.

Specified U.S. Person

Persona statunitense diversa dalle precedenti

Active NFE

Per Active NFE si intende un'Entità Non Finanziaria che soddisfa uno dei seguenti criteri:

- a) meno del 50% del reddito lordo dell'Entità Non Finanziaria per l'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione è reddito passivo e meno del 50% delle attività detenute dall'Entità Non Finanziaria nel corso dell'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione sono attività che producono o sono detenute al fine di produrre reddito passivo;
- b) il capitale dell'NFE è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari ovvero l'NFE è un'Entità Collegata di un'Entità il cui capitale è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari;
- c) l'NFE è un'Entità Statale, un'Organizzazione Internazionale, una Banca Centrale o un'Entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti;
- d) tutte le attività dell'NFE consistono essenzialmente nella detenzione (piena o parziale) delle consistenze dei titoli di una o più controllate impegnate nell'esercizio di un'attività economica o commerciale diversa dall'attività di un'Istituzione Finanziaria, e nella fornitura di finanziamenti e servizi ad esse, salvo che un'Entità non sia idonea a questo status poiché funge (o si qualifica) come un fondo d'investimento, un fondo di private equity, un fondo di venture capital, un leveraged buyout fund o altro veicolo d'investimento la cui finalità è di acquisire o finanziare società per poi detenere partecipazioni in tali società come capitale fisso ai fini d'investimento;
- e) l'NFE non esercita ancora un'attività economica e non l'ha esercitata in passato, ma sta investendo capitale in alcune attività con l'intento di esercitare un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria; l'NFE non ha i requisiti per questa eccezione decorsi 24 mesi dalla data della sua organizzazione iniziale;
- f) l'NFE non è stata un'Istituzione Finanziaria negli ultimi cinque anni e sta liquidando le sue attività o si sta riorganizzando al fine di continuare o ricominciare a operare in un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- g) l'NFE si occupa principalmente di operazioni di finanziamento e operazioni di copertura con o per conto di Entità Collegate che non sono Istituzioni Finanziarie e non fornisce servizi di finanziamento o di copertura a Entità che non siano Entità Collegate, a condizione che il gruppo di tali Entità Collegate si occupi principalmente di un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- h) l'NFE soddisfa tutti i seguenti requisiti:
 - 1) è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza esclusivamente per finalità religiose, caritatevoli, scientifiche, artistiche, culturali, sportive o educative; o è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza ed è un'organizzazione professionale, un'unione di

- operatori economici, una camera di commercio, un'organizzazione del lavoro, un'organizzazione agricola o orticola, un'unione civica o un'organizzazione attiva esclusivamente per la promozione dell'assistenza sociale;
- 2) è esente dall'imposta sul reddito nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza;
- 3) non ha azionisti o soci che hanno un interesse a titolo di proprietari o di beneficiari sul suo reddito o sul patrimonio;
- 4) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE non consentono che il reddito o patrimonio dell'NFE siano distribuiti o destinati a beneficio di un privato o di un'Entità non caritatevole, se non nell'ambito degli scopi di natura caritatevole dell'Entità, a titolo di pagamento di una remunerazione congrua per i servizi resi, ovvero a titolo di pagamento del valore equo di mercato di beni acquistati dall'NFE; e
- 5) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE prevedono che, all'atto della liquidazione o dello scioglimento dell'NFE, tutto il suo patrimonio sia distribuito ad un'Entità Statale o altra organizzazione senza scopo di lucro, o sia devoluto al governo dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'Entità Non Finanziaria o a una sua suddivisione politica.
- i) l'NFFE è un governo non statunitense, un governo di un Territorio degli Stati Uniti, un'organizzazione internazionale, una banca centrale di emissione non statunitense, o un'entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti.

Direct Reporting NFFE/Sponsored Direct Reporting NFFE

(Solo FATCA): l'NFFE non è residente in Italia e si qualifica come Direct Reporting NFFE ovvero come Sponsored Direct Reporting NFFE ai sensi dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Altri Soggetti esclusi

Ai sensi dell'art. 6 del Decreto 6 Agosto 2015 - Decreto di attuazione della legge 18 giugno 2015, n. 95 – o in base ai Regolamenti del Tesoro statunitense.

Passive NFFE

Con il termine Passive NFFE si intende ogni entità non finanziaria estera:

- il cui reddito lordo generato da passive income (dividendi, interessi, affitti, royalties, ecc.) nel precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting) superiore al 50% del totale;
- assets che producono o sono detenuti per produrre passive income, superiori al 50% degli assets totali detenuti durante il precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting).

Titolari effettivi

Il termine titolare effettivo (Controlling Person) designa la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità, ovvero ne risultano beneficiari. Nel caso di entità classificate come Passive NFE, la Compagnia è tenuta a verificare se il/i titolare/i effettivo/i è classificabile come Reportable Person.

Reportable Person (solo CRS)

Sono considerati Soggetti reportable, ai fini CRS una Persona di uno Stato membro diversa da:

- i) Una società di capitali le cui azioni sono regolarmente quotate su uno o più mercati regolamentati;
- ii) Una società di capitali che è un'Entità Collegata di una società di capitali di cui al punto i);
- iii) Un'entità Statale;
- iv) Un'organizzazione internazionale;
- v) Una Banca Centrale;
- vi) Un'Istituzione Finanziaria.

"Prove Documentali"

Si intende uno dei documenti seguenti: a) un certificato di residenza rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune) dello Stato membro o di un'altra giurisdizione in cui il beneficiario dei pagamenti afferma di essere residente; b) con riferimento a una persona fisica, un documento d'identità valido rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune), contenente il nome della persona fisica e che viene comunemente utilizzato ai fini identificativi.

Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA: ai fini della normativa FATCA vigente si considera "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

- a) sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
- b) sia residente stabilmente negli USA;
- c) sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
- d) abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
 - 31 giorni nell'anno di riferimento e,

- 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
 - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
 - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
 - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

Non si considera tuttavia "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA":

- a) l'insegnante che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "J" o "Q";
- b) lo studente che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "J", "Q" "F" o "M";
- c) il soggetto che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti a seguito di incarichi di Governi esteri presso ad esempio ambasciate, consolati ed organizzazioni internazionali;
- d) il coniuge o il figlio non sposato di età inferiore ai 21 anni di una delle persone descritte nei punti precedenti.

Residenza fiscale

Ai fini della presente auto-certificazione, l'espressione "residente fiscale" designa ogni persona che, in virtù della legislazione di un determinato Stato, è assoggettata ad imposta nello stesso Stato, a motivo del suo domicilio, della sua residenza o di ogni altro criterio di natura analoga. Tuttavia, tale espressione non comprende le persone che sono assoggettate ad imposta in tale Stato soltanto per il reddito che esse ricavano da fonti situate in detto Stato o per il patrimonio ivi situato.

U.S. TIN (TIN statunitense o codice fiscale statunitense)

Designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti. Il codice è obbligatorio nel caso in cui il cliente si dichiara cittadino U.S.A. o residente fiscalmente negli U.S.A.

U.S. Person

(Persona statunitense) designa un cittadino statunitense, una persona fisica residente negli Stati Uniti, una società di persone o altra entità fiscalmente trasparente ovvero una società di capitali organizzata negli Stati Uniti o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato, un trust se un tribunale negli Stati Uniti, conformemente al diritto applicabile, ha competenza a emettere un'ordinanza o una sentenza in merito sostanzialmente a tutte le questioni riguardanti l'amministrazione del trust, e (ii) una o più persone statunitensi hanno l'autorità di controllare tutte le decisioni sostanziali del trust, o di un'eredità giacente di un de cuius che è cittadino statunitense o residente negli Stati Uniti.

Proposta n.

DOPO DI NOI
CATTOLICA & PROTEZIONE

Assicurazione rivalutabile a premio unico ricorrente e premi unici aggiuntivi,
con prestazione addizionale per il caso di decesso

Convenzione:

Contraente:

Intermediario:

Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

INFORMAZIONI PER IL CONTRAENTE

Mezzi di pagamento	<p>Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive, e dei premi unici aggiuntivi può essere effettuato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura “Polizza vita”, il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa; - bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura “Polizza vita”, il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto; - assegno recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: “XXXX”, in qualità di Agente di Cattolica Assicurazioni; - carta di debito o carta di credito; - reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia. <p>Il pagamento del premio delle periodicità successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debt).</p> <p>È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.</p>
Conclusione del contratto	<p>Il contratto si ritiene concluso e produce i propri effetti, sempre che la Compagnia non abbia comunicato per iscritto la mancata accettazione della proposta, alla data decorrenza XXXX.</p> <p>Il contratto produce effetti alla data suddetta a condizione che sia stato corrisposto il premio convenuto. In caso di mancata accettazione, la Compagnia restituirà al Contraente le somme eventualmente anticipate.</p> <p>Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifici il decesso del Contraente ovvero dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso agli eredi del Contraente e nel secondo caso al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.</p> <p>La Compagnia invia al Contraente una lettera di conferma in cui sono contenute le informazioni relative al contratto circa la data di decorrenza e il premio versato.</p>
Diritto di revoca	<p>Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</p> <p>La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.</p> <p>La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.</p>
Diritto di recesso	<p>Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</p> <p>La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.</p>

DATI GENERALI DI PROPOSTA

Contraente

Assicurato

**Persona con
disabilità**

**Legale
Rappresentante
o Delegato**

**Forma
assicurativa,
Prestazioni,
Efficacia del
contratto**

Beneficiari

**Esigenze di
riservatezza**

Premi

**Mandato per
addebito
diretto SEPA**

ADEMPIMENTI ANTIRICICLAGGIO - FATCA E CRS**IDENTIFICAZIONE ED ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA**

^[1] Gentile cliente. I dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i.] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo.

^[2] I diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D. lgs. 196/2003 rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Funzione Privacy del Gruppo Cattolica, presso Società Cattolica di Assicurazione in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 – Verona (VR) oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it

^[1] L'informativa deve precedere la raccolta dei dati e può essere data oralmente o per iscritto.

^[2] I diritti di accesso non possono essere esercitati per trattamenti ai fini antiriciclaggio [art. 8 D. lgs. 196/2003], ma per la verifica della loro esattezza, modifiche, integrazioni, ecc..

Ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D. lgs. 231/2007 e s.m.i., si invita la Gentile Clientela a prendere visione delle informazioni rese nel Glossario allegato alla documentazione contrattuale.

Inoltre, ai sensi della Legge 18 Giugno 2015, n. 95 e Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 Dicembre 2014 la Compagnia è tenuta alla raccolta delle informazioni relative alla fiscalità internazionale.

Contraente**Assicurato****Esecutore per conto del
Contraente****Titolare effettivo del
Contraente****Soggetto pagatore****Soggetto pagatore per le rate
successive****Esecutore per conto del
Soggetto pagatore****Esecutore per conto del
Soggetto pagatore delle rate
successive****Titolare effettivo del Soggetto
pagatore****Titolare effettivo del Soggetto
pagatore delle rate
successive****Beneficiari****Mezzo di pagamento****Tipo di apertura della polizza****Tipo di prodotto**

Scopo prevalente del rapporto

Tipo di operazione

Origine dei fondi

Area geografica in cui è stato instaurato il rapporto

Provenienza fondi

Ulteriori informazioni sul Contraente

Informazioni patrimoniali del Contraente

ADEMPIMENTI FATCA E CRS

FATCA

CRS

Titolare effettivo del Contraente

Avvertenza: Le risposte fornite sono state scelte tra diverse opzioni poste all'attenzione del Contraente.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione.

A. Informazioni sullo stato occupazionale**A1 Qual è attualmente il suo stato occupazionale?****B. Informazioni sulle persone da tutelare****B1 Lei ha eventuali soggetti da tutelare (familiari a carico o altri soggetti)?****C. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa****C1 Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?****D. Informazioni sulla situazione finanziaria****D1 Qual è la Sua capacità di risparmio medio annuo?****D2 Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?****E. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto****E1 Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?****E2 Qual è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?****E3 Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?****E4 Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:****E5 Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?**

PRIVACY

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

La Società **Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa** con sede in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia, quale **Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di *marketing* del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;**
- 4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹²⁾.** La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

PRIVACY**5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto⁽¹³⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche⁽¹⁴⁾ per finalità di marketing;**

Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica;

6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche⁽¹⁵⁾, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.**MODALITA' DI TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facenti parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari; medici fiduciari, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg. Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

PRIVACY**NATURA DEL CONFERIMENTO**

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alla finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si precisa che:

- o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- o per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;
- o il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- o i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

PRIVACY**Consenso al trattamento dei dati personali**

Preso visione dell'informativa sopra riportata, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento:

- al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute **per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa**, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;
 CONSENTO **NON CONSENTO**
- al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹⁹⁾; il consenso è **facoltativo**;
 CONSENTO **NON CONSENTO**
- al trattamento **per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽²⁰⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽²¹⁾**, per finalità di *marketing* di questi; il consenso è **facoltativo**;
 CONSENTO **NON CONSENTO**
- alla comunicazione dei dati personali a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽²²⁾, per finalità di *marketing* di questi, attraverso modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽²³⁾; il consenso è **facoltativo**.
 CONSENTO **NON CONSENTO**
- Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Titolare.**
- Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Gruppo Imprenditoriale Cattolica.**

Dichiaro che i *flag* apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

⁽¹⁹⁾ vedi nota 9;

⁽²⁰⁾ vedi nota 9;

⁽²¹⁾ vedi nota 14;

⁽²²⁾ vedi nota 14;

⁽²³⁾ vedi nota 9.

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO SULLO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE: 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.

Prima della sottoscrizione sullo stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica che certifichi l'effettivo stato di salute (ogni eventuale onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato).

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di godere attualmente di un buono stato di salute;
- di non essere mai stato ricoverato negli ultimi cinque anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale;
- di non aver consultato medici specialisti negli ultimi sei mesi al di fuori di semplici controlli di routine;
- di non essere esposto a rischi particolari a causa della professione svolta;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Nel caso in cui l'Assicurato non sottoscriva la dichiarazione sullo stato di salute, il capitale in caso di morte dell'Assicurato sarà determinato considerando la percentuale e il capitale massimo addizionale relativi all'ultima fascia d'età previsti dalla relativa Tabella riportata nelle Condizioni di Assicurazione, indipendentemente dall'età dell'Assicurato.

In ogni caso la mancata sottoscrizione non pregiudica la conclusione del contratto.

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZE: 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 accessoria. Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico di famiglia o non di famiglia, a seconda del capitale assicurato. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

1. - La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120 (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 175-70 = 105)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Peso: <i>kg</i> Altezza: <i>cm</i>
2. - Hai mai sofferto (e se sì quando) o attualmente soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, mentali o nervose, malattie dell'apparato urogenitale, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, tumori, diabete o epatite?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. - Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. - Negli ultimi 5 anni ha subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura, salvo il caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, operazione di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. - Nella Sua parentela consanguinea di primo grado ci sono stati almeno due casi di tumori con la stessa diagnosi prima dell'età di 50 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. - Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, invalidità, malattie gravi) oppure un'accettazione a condizioni speciali o con sovra premio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7. - Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (es. subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc.) ? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8. - L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita analoghe alla presente presso altre Compagnie? Nome Compagnia: Numero Polizza:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Capitale assicurato:

Dichiarazione NON FUMATORE:

Ai fini dell'applicazione delle condizioni contrattuali relative alla tariffa per non fumatore, l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente, se persona diversa, che quest'ultima è NON FUMATORE nel senso che non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, etc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente se persona diversa, assumendosi ogni responsabilità, consapevole che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il suo stato di salute, ivi inclusa la dichiarazione dello stato di Non Fumatore. Proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione del documento contenente le informazioni chiave per gli investitori ("KID"), del set informativo e dell'informativa precontrattuale ai sensi dell'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 prima della sottoscrizione del contratto.

Il Contraente, essendo stato avvertito della possibilità di ricevere il set informativo attraverso chiavetta USB (modalità non cartacea) o in modalità cartacea, sceglie la modalità:
NON CARTACEA (consegna su chiavetta USB)
CARTACEA

Dichiara altresì di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentono di consultare e gestire autonomamente i documenti in formato file elettronico .PDF, archiviati sul supporto durevole.
Resta ferma la possibilità di richiedere gratuitamente al Collocatore copia cartacea della documentazione.
Dichiara inoltre di essere consapevole che la versione aggiornata dei predetti documenti è disponibile nel sito della Compagnia e/o presso il Collocatore.

Il sottoscritto:

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di avere il domicilio (ai sensi dell'art 43, 1° comma, del codice civile) in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;
- dichiara di autorizzare la Compagnia a richiedere l'addebito sul conto corrente indicato nel mandato per addebito diretto, riportato di seguito;
- dichiara di autorizzare la banca del debitore a procedere con l'addebito sul conto corrente indicato nel mandato per addebito diretto, riportato di seguito;
- in deroga alle disposizioni della normativa vigente che prevede la notifica del preavviso di addebito almeno 14 giorni di calendario prima della scadenza, il sottoscritto dichiara che l'allegato A – consegnato contestualmente al mandato consegnato contestualmente alla lettera di conferma e nel quale sono indicati l'importo e la data di scadenza degli addebiti – vale come comunicazione di preavviso;
- dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione consegnate;
- accetta integralmente il contenuto delle stesse, ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa antiriciclaggio, ove applicabile;
- dichiara di essere a conoscenza che il contratto è concluso e produce i propri effetti secondo le modalità definite all'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

DICHIARAZIONE DI INCASSO

Dichiaro che il premio di perfezionamento di euro XXXX è stato incassato, salvo buon fine, in data XXXX.

Mezzo di pagamento del premio di perfezionamento

Mezzo di pagamento del premio per le rate successive

Mandato per addebito diretto SEPA

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono.

L'intermediario

L'Agenzia XXXX