

SEMPRE INDIPENDENTE

CATTOLICA & PROTEZIONE

SET INFORMATIVO composto da:

- **Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita)**
- **Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario**
- **Modulo di proposta**

Il presente prodotto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
ANIA – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI – ASSOCIAZIONE INTERMEDIARI
per contratti semplici e chiari



Assicurazione di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.



Prodotto: CATTOLICA & PROTEZIONE SEMPRE INDIPENDENTE


Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante con prestazione aggiuntiva al verificarsi della non autosufficienza e componente temporanea caso morte.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>✓ <u>La prestazione consiste nella:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Corresponsione al Beneficiario designato di una rendita mensile vitalizia posticipata nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non auto-sufficienza;✓ Corresponsione al Beneficiario designato di un capitale in un'unica soluzione nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non auto-sufficienza; tale capitale viene corrisposto solo in occasione del primo accertamento dello stato di non autosufficienza;✓ Corresponsione al Beneficiario designato di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato, qualora non si sia verificato in precedenza lo stato di non auto-sufficienza. Tale copertura è operante fino al 80° anno di età dell'Assicurato. <p>✓ <u>Somma assicurata:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Il Contraente definisce l'importo di rendita vitalizia mensile desiderato, di importo minimo pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.500,00 Euro;✓ All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione, definito nel DIP Aggiuntivo, la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale pari a 10.000,00 Euro;✓ In caso di decesso dell'Assicurato entro l'ottantesimo anno di età, senza che in precedenza si sia verificata la non-autosufficienza dello stesso, è previsto il pagamento a favore dei Beneficiari designati di un capitale caso morte di importo pari a 10.000,00 Euro.	<p>Non sono assicurabili:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ Coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non-autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

 Ci sono limiti di copertura?
<p>Sono esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza e di morte derivanti direttamente, indirettamente da:</p> <ul style="list-style-type: none">! Dolo del Contraente o dell'Assicurato;! Tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;! Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;! Partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;! Partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;! Malattie intenzionalmente procurate, abuso di alcol, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;! Negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- ! 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;
 - ! Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
 - ! Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
 - ! Malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato, qualora non già dichiarate in fase assuntiva;
 - ! Problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
 - ! Pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, 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 o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante.
- ! Sono previste condizioni di carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

- 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;
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Proposta;
- Presupposto per la sottoscrizione del contratto è il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario semplificato;
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo. Qualora non sia fornita la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma;
- Deve essere resa tempestiva comunicazione alla Compagnia nei casi di:
 - Modifiche della professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto;
 - Trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto.
- Rivedibilità dello stato di non autosufficienza: l'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, pertanto:
 - L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia il recupero di autosufficienza, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata;
 - Ogni anno l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita;
 - Gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Il premio annuo è determinato in relazione ai seguenti fattori: all'importo della rendita vitalizia mensile prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato;
- Qualora non vengano corrisposte per intero almeno dieci annualità di premio, non matura il diritto alla riduzione della prestazione; in tal caso pertanto il contratto si risolve e nulla è più dovuto dalla Compagnia;
- È possibile corrispondere il premio in rate sub-annuali, applicando degli interessi per il frazionamento i cui costi sono esplicitati nel DIP Aggiuntivo;
- Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle rate successive, può essere effettuato tramite: Bonifico Bancario, Bonifico Postale, Postagiuro, Assegno recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, Carta di Debito o Carta di Credito; Reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia. Il pagamento 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.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- 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;
- L'Assicurazione prevede una durata che coincide con la vita dell'Assicurato;
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio per tutta la durata del contratto in Italia; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto;
- Cessazione del contratto:
 - In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita per la non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



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

- Prima della data di decorrenza di ciascun contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione e di recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza inviando lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopra indicati. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

- Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopra indicati. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta 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 al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto.
- Il presente contratto prevede riduzioni. Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.

Assicurazione di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: CATTOLICA & PROTEZIONE SEMPRE INDIPENDENTE

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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 S.p.A., Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia; Tel. 0458391111; sito internet: www.cattolica.it; e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962.

Società con sede legale in Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29/04/1923 ed 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 2.189 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 537 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 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.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative alla prestazione prevista dal contratto:

- All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione la Compagnia garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia mensile posticipata il cui valore viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. Il taglio della rendita mensile prescelta dovrà essere multiplo di 100,00 Euro. Il limite massimo della rendita vitalizia mensile è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.

E' inoltre prevista la possibilità da parte dell'Assicurato di incrementare in corso di contratto la rendita mensile con tagli di 100,00 Euro, previa consegna di idonea documentazione sanitaria che verrà richiesta dalla Compagnia (in tale fattispecie verrà applicato nuovamente il periodo di carenza relativamente all'importo di rendita che eccede quella precedentemente pattuita) e fermo l'importo massimo di rendita mensile pari 2.500,00 Euro. Tale rendita verrà erogata fintantoché l'Assicurato si trovi nello stato di non-autosufficienza, ovvero fino alla morte dello stesso.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza.

- Il capitale pari a 10.000,00 Euro, indicato nel DIP Vita, viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza e trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.
- Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente al verificarsi della condizione di non-autosufficienza dell'Assicurato, verrà interrotta l'erogazione della prestazione in forma di rendita da parte della Compagnia e non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte in forma di capitale (come indicato nel DIP Vita).
- Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.
- Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Condizioni di carenza:

- La garanzia assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza è operante alle seguenti condizioni di carenza:
 - Stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;
 - Stati di non-autosufficienza causati da malattia: lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 1 anno dalla data di decorrenza del contratto;
 - Stati di non-autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (ad es. Parkinson, Alzheimer): lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.
- Qualora la non-autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi gravanti sugli stessi.
- Esclusivamente per la garanzia prevista in caso di decesso, e 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 7 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 e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato in caso di decesso sarà comunque pagato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto 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, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:

- richiesta sottoscritta dall'Assicurato;
- 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 dall'Assicurato.

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 (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:

- in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento 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 e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
- in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela e l'età degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- 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 al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

Denuncia e accertamento dello stato di non-autosufficienza:

La denuncia del verificarsi dello stato di non-autosufficienza, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, è necessario che lo stato di non-autosufficienza sia comprovato da un neurologo e/o gerontologo attraverso test neuropsicologici standard quali il Mini Mental State Examination (Folstein M.M.S.E.).

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti medici e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

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 documentazione completa indicata nel presente articolo deve essere inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia.

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.


Liquidazione della prestazione:

Al fine dell'erogazione della prestazione per la perdita dell'autosufficienza (rendita e capitale), la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. La prestazione in forma di rendita e in forma di capitale verrà corrisposta se perdura lo stato di non auto-sufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non auto-sufficienza.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purchè sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile e riconosce immediatamente un capitale di importo predeterminato.

Qualora gli accertamenti per lo stato di non-autosufficienza necessino più di 90 giorni, all'atto

	<p>dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate. Decorso 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.</p> <p>La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla consegna di detta documentazione completa da parte del Contraente e/o dei Beneficiari all'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.</p> <p>Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza. Gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.</p> <p>La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non-autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non-autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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:</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 rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • 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 delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in rate sub-annuali applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento). Il Contraente può richiedere, entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria di polizza, una variazione del frazionamento del premio.</p> <p>Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per le annualità assicurative successive. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.</p> <p><u>Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.</u> <u>Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla</u></p>

	<u>differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.</u>
Rimborso	Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.
Sospensione	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.</u> • Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali. • <u>Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>Il Contraente ne faccia esplicita richiesta;</u> ◦ <u>La Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.</u> <p>Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.</p>



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

Revoca	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Risoluzione	Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>Riscatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto. <p>Riduzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state corrisposte almeno dieci annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta rispetto a quella precedentemente pattuita.</u> L'ammontare ridotto della rendita in caso di perdita di autosufficienza è calcolato in proporzione all'80% della riserva matematica accantonata fino a quel momento. Con la stessa proporzione verrà ridotto anche il capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza. In caso di variazione delle basi tecniche utilizzate la prestazione ridotta verrà adeguata in funzione di tale variazione. • <u>Qualora non vengano corrisposte per intero almeno dieci annualità di premio, non matura il diritto alla riduzione della prestazione; in tal caso pertanto il contratto si risolve e nulla è più dovuto dalla Compagnia.</u>
Richiesta di informazioni	L'ufficio della Compagnia a cui rivolgersi per ottenere informazioni sulla prestazione ridotta è: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it .



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Il prodotto è destinato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soggetti che vogliono coprirsi dal rischio di non autosufficienza con età compresa tra 18 e 70 anni. <p>Sono assicurabili le persone fisiche che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione abbiano un'età non inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni.</u>
--



Quali costi devo sostenere?

• Costi gravanti sul premio

Esclusivamente sul primo premio sono previste spese fisse di emissione pari a 15,00 Euro, da conteggiare in aggiunta al premio iniziale.

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

Ogni onere eventualmente sostenuto per visite ed ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

I costi gravanti sul premio annuo relativo sono rappresentati nella tabella che segue:

Premio annuo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	25,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella:

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,50% del premio annuo
Trimestrale	2,50% del premio annuo
Mensile	4,00% del premio annuo

• Costi per riscatto

Non è previsto il riscatto.

• Costi per l'erogazione della rendita

Le spese di erogazione della rendita sono fissate in misura pari al 3,00% del premio e sono ricomprese nel premio annuo stesso.

• Costi per l'esercizio delle opzioni

Non sono presenti opzioni contrattuali.

• 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)
44,20%

• Costi dei PPI

Non sono previsti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
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). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi	Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di

<p>di risoluzione delle controversie</p>	<p>non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.</p> <p>Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>
---	---

<p>REGIME FISCALE</p>	
<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi del presente contratto sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> Sui premi versati alla Compagnia per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte e di perdita dell'auto-sufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana è riconosciuta 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><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposta sostitutiva IRPEF se corrisposte in caso di non-autosufficienza dell'Assicurato e in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa). Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.</p> <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.</p>

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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 LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA PER LA COPERTURA
DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO****INDICE**

SEZIONE I – OGGETTO DEL CONTRATTO	2
Art. 1 Oggetto	2
SEZIONE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO	2
Art. 2 Modalità di perfezionamento del contratto	2
Art. 3 Revoca della proposta	2
Art. 4 Diritto di recesso del Contraente	3
SEZIONE III – DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, RISCHIO MORTE, LIMITAZIONI, CARENZE	3
Art. 5 Il premio	3
Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	4
Art. 7 Prestazioni assicurate	4
Art. 8 Definizione dello stato di non-autosufficienza	6
Art. 9 Rischio di non-autosufficienza e morte: esclusioni e limitazioni della garanzia	6
SEZIONE IV – REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE	7
Art. 10 Mancato pagamento del premio	7
Art. 11 Ripresa del pagamento del premio: riattivazione del Contratto	8
Art. 12 Cessazione del Contratto	8
Art. 13 Costi	8
Art. 14 Sconti	8
Art. 15 Requisiti soggettivi	9
Art. 16 Durata	9
Art. 17 Conflitto di interessi	9
SEZIONE V – COSA FARE IN CASO DI EVENTO	9
Art. 18 Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative	9
Art. 19 Norme a favore del Contraente	11
Art. 20 Collegio medico arbitrale	11
SEZIONE VI – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	11
Art. 21 Beneficiari delle prestazioni	11
SEZIONE VII – LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'	11
Art. 22 Imposte e tasse	11
Art. 23 Foro competente	12
Art. 24 Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia	12
Art. 25 Prescrizione	12
Art. 26 Legge applicabile al contratto	12
Art. 27 Misure restrittive – Sanctions clause	12

SEZIONE I) OGGETTO DEL CONTRATTO

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo costante con prestazione aggiuntiva al verificarsi della non autosufficienza e componente temporanea caso morte.

ART. 1 – OGGETTO

Il presente contratto di assicurazione garantisce, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 8, la corresponsione ai Beneficiari designati di una rendita mensile vitalizia posticipata di cui al successivo Art. 7 I).

All'accertamento dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la Compagnia garantisce inoltre la corresponsione di un capitale di importo predeterminato, secondo quanto previsto al successivo Art. 7 II).

In caso di decesso dell'Assicurato, qualora non si sia verificato in precedenza lo stato di non-autosufficienza, è prevista la corresponsione di un capitale di importo predeterminato; tale garanzia è operante fino all'ottantesimo anno di età dell'Assicurato, come riportato al successivo Art. 7 III).

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario semplificato.

È comunque prevista una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 9.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita e fintantoché non si sia verificato lo stato di non-autosufficienza.

Il premio annuo è determinato in relazione al livello della prestazione di rendita prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Il rischio morte e di non-autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, **fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 9, senza limiti territoriali e fatto salvo quanto previsto dall'art. 1926 cod.civ in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.**

SEZIONE II) CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

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. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Nel termine di 30 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, 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 S.p.A. – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, 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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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'Intermediario 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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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'Intermediario 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 al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.

SEZIONE III) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, RISCHIO MORTE, LIMITAZIONI, CARENZE

ART. 5 – IL PREMIO.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e sempre che l'Assicurato sia in vita, un premio annuo costante determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto.

Il premio annuo è determinato in relazione al livello della prestazione di rendita prescelto, al capitale assicurato in caso di non-autosufficienza (pari a 10.000,00 Euro), al capitale assicurato in caso di morte (pari a 10.000,00 Euro), all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio annuo in rate sub-annuali applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) rappresentati al successivo Art. 13, Tabella B.

In caso di scelta di frazionamento mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto le prime tre mensilità di premio.

Il Contraente può richiedere, entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria di polizza, una variazione del frazionamento del premio.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il pagamento del premio viene sospeso. Il Contraente potrà quindi sospendere il versamento dei premi solo dopo aver ricevuto idonea comunicazione da parte della Compagnia, che rimborserà i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti.

In caso di mancato accertamento dello stato di non-autosufficienza, sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 13.

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 Assicurazioni S.p.A.;**
- 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 Cattolica Assicurazioni”;**

- 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 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.

Art. 5.1 – Rivedibilità del premio annuo.

Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.

In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per le annualità assicurative successive.

Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

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;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- 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 delle prestazioni assicurate, in base alla data di nascita effettiva.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE.

I) Prestazione in forma di rendita in caso di non-autosufficienza.

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione di cui al successivo Art. 9.1, la Compagnia garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia mensile posticipata il cui valore viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Il Contraente definisce il livello di rendita mensile desiderato, di importo minimo pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.500,00 Euro, come indicato nel modulo di proposta. Il taglio della rendita mensile prescelta dovrà essere multiplo di 100,00 Euro.

Il limite massimo di cui sopra è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.

E' inoltre prevista la possibilità da parte dell'Assicurato di incrementare in corso di contratto la rendita mensile con tagli di 100,00 Euro, previa consegna di idonea documentazione sanitaria che verrà richiesta dalla Compagnia (in tale fattispecie verrà applicato nuovamente il periodo di carenza previsto al successivo Art. 9, relativamente all'importo di rendita che eccede quella precedentemente pattuita) e fermo l'importo massimo di rendita mensile pari 2.500,00 Euro.

Tale rendita verrà erogata fintantoché l'Assicurato si trovi nello stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 8 ovvero fino alla morte dello stesso.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. La prestazione di rendita verrà corrisposta, se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non-autosufficienza necessitino più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

La rendita vitalizia non consente valore di riscatto.

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga prima che lo stato di non-autosufficienza sia stato accertato, sarà erogata la prestazione di cui all'Art. 7 III).

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza.

II) Prestazione in forma di capitale in caso di non-autosufficienza.

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 9.1, la Compagnia garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale pari a 10.000,00 Euro.

Tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza e trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.

III) Prestazione in caso di decesso qualora non si sia verificata la non-autosufficienza.

In caso di decesso dell'Assicurato entro l'ottantesimo anno di età, senza che in precedenza si sia verificata la non-autosufficienza dello stesso, è previsto il pagamento a favore dei Beneficiari designati di un capitale caso morte di importo pari a 10.000,00 Euro.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente al verificarsi della condizione di non-autosufficienza dell'Assicurato, verrà interrotta l'erogazione della prestazione in forma di rendita da parte della Compagnia e non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi di cui al successivo Art. 10, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9.

Art. 7.1 – Riduzione della prestazione in caso di interruzione pagamento premi.

Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state corrisposte almeno dieci annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta rispetto a quella precedentemente pattuita.

L'ammontare ridotto della rendita è calcolato in proporzione all'80% della riserva matematica accantonata fino a quel momento.

Con la stessa proporzione verrà ridotto anche il capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza, previsto all'Art. 7 II).

In caso di variazione delle basi tecniche utilizzate (di cui al precedente Art. 5.1) la prestazione ridotta verrà adeguata in funzione di tale variazione.

Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di riduzione delle prestazioni:

Età dell'Assicurato alla decorrenza = 40 anni

Rendita mensile precedentemente assicurata = 2.000,00 Euro

N° premi pagati al momento dell'interruzione pagamento premi = 20

Ammontare ridotto della rendita assicurata = 771,03 Euro

Ammontare ridotto del capitale previsto all'insorgere dello stato di non-autosufficienza = 3.855,14 Euro

L'ufficio della Compagnia a cui rivolgersi per ottenere informazioni sulla prestazione ridotta è: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 800562562, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Il Contraente ha diritto di richiedere alla Compagnia informazioni sul rapporto assicurativo e sulle modalità di determinazione della prestazione assicurativa; la Compagnia fornisce riscontro al Contraente entro venti giorni dalla richiesta.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga successivamente all'interruzione del pagamento dei premi, non verrà corrisposta alcuna prestazione caso morte.

ART. 8 – DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA.

Le prestazioni per la perdita totale di autosufficienza sono erogate in caso di un'invalidità fisica totale e presumibilmente permanente che non permetta all'Assicurato di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana necessitando pertanto dell'assistenza di una terza persona oppure di un deficit cognitivo, ovvero di un deterioramento o una perdita delle facoltà mentali dovuti a causa organica identificabile e dimostrata dal peggioramento della capacità dell'Assicurato di pensare, percepire, ragionare e ricordare, comprovate da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (determinato in base alla documentazione clinica e ai test neuropsicologici standard, tipo Folstein M.M.S.E.), che comportino l'impossibilità totale di compiere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana anche con l'impiego di ausili specifici e che determinino la necessità di assistenza e supervisione costanti di un'altra persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- **lavarsi o mantenere una corretta igiene personale:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo utilizzando impianti di messa a norma (lavabo, doccia o vasca da bagno) la parte superiore e inferiore del corpo così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, senza l'assistenza di una terza persona.
- **vestirsi:** capacità di vestirsi e svestirsi, allacciare e slacciare in modo appropriato ogni tipo di indumento dalla testa ai piedi, compresi indumenti speciali o protesi adatte alla disabilità dell'Assicurato senza l'assistenza di una terza persona. Resta inteso che qualora l'Assicurato necessiti di aiuto solo per mettere o togliere le calze, calzini o scarpe non è considerato del tutto incapace di vestirsi.
- **nutrirsi:** capacità di bere e di mangiare autonomamente il cibo preparato e servito da altri senza l'assistenza di una terza persona. Resta inteso che se le esigenze di aiuto sono relative al solo taglio di alimenti, l'Assicurato non si ritiene totalmente incapace di mangiare.
- **spostarsi:** capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, senza l'assistenza di una terza persona.

Art. 8.1 – Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza.

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana, come individuati sopra, deve essere presumibilmente permanente. L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia il recupero di autosufficienza, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non-autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non-autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Ogni anno l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e, seppur non alimentato da ulteriori versamenti di premi da parte del Contraente, il contratto continua ad operare fino al decesso dell'Assicurato, dando copertura all'Assicurato per eventuali successive situazioni di non-autosufficienza.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.

ART. 9 – RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA E MORTE - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

A) ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non-autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza e di morte derivanti direttamente, indirettamente da:

- **dolo del Contraente o dell'Assicurato;**
- **tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.**

- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, abuso di alcol, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 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;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato, qualora non già dichiarate in fase assuntiva;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, 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 o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante.

Nei casi sopra elencati non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;
- stati di non-autosufficienza causati da malattia: lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 1 anno dalla data di decorrenza del contratto;
- stati di non-autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (ad es. Parkinson, Alzheimer): lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Qualora la non-autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi gravanti sugli stessi.

Esclusivamente per la garanzia prevista in caso di decesso, e 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 7 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 e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato in caso di decesso sarà comunque pagato.

Art. 9.1 – Periodo di qualificazione

La prestazione in forma di rendita e in forma di capitale verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia versa il capitale iniziale pari a 10.000,00 Euro e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

SEZIONE IV) REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

ART. 10 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO.

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, alle condizioni previste dal successivo Art. 11, il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del premio annuo, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la

Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Qualora siano state versate almeno dieci annualità, l'interruzione del pagamento dei premi determina comunque il riconoscimento da parte della Compagnia di una prestazione ridotta, come descritto all'Art. 7.1.

ART. 11 – RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO.

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.

Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:

- 1) **il Contraente ne faccia espressa richiesta;**
- 2) **la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.**

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Qualora siano state versate almeno dieci annualità, l'interruzione del pagamento dei premi determina comunque il riconoscimento da parte della Compagnia di una prestazione ridotta, come descritto all'Art. 7.1.

ART. 12 – CESSAZIONE DEL CONTRATTO.

In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita per la non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

ART. 13 – COSTI.

13.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente.

13.1.1 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione.

– **Costi fissi di emissione**

Esclusivamente sul primo premio sono previste delle spese fisse di emissione pari a 15,00 Euro, da conteggiare in aggiunta al premio iniziale.

– **Costi variabili**

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

Ogni onere eventualmente sostenuto per visite ed ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

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

Tabella A

Premio annuo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	25,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella B

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,50% del premio annuo
Trimestrale	2,50% del premio annuo
Mensile	4,00% del premio annuo

– **Costi per l'erogazione della rendita**

Le spese di erogazione della rendita sono fissate in misura pari al 3,00% del premio e sono ricomprese nel premio annuo stesso.

ART. 14 – SCONTI.

Non previsti.

ART. 15 – REQUISITI SOGGETTIVI.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Sono ritenute assicurabili le persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il questionario semplificato sulla salute dell'Assicurato, da compilare e sottoscrivere preliminarmente alla conclusione del contratto.

Nel caso in cui l'Assicurato risponda affermativamente ad almeno una delle domande del suddetto questionario, la copertura assicurativa potrà essere attivata solamente dopo una specifica valutazione da parte della Compagnia, che si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti medici.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/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 la sede/domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto.

ART. 16 – DURATA.

La durata del presente contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

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

ART. 17 – 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 www.cattolica.it.

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

SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI EVENTO

ART. 18 – DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario.

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 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 o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, 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 e il grado di parentela, 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 e il grado di parentela, degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- 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.

Denuncia e accertamento dello stato di non-autosufficienza

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

La denuncia del verificarsi dello stato di non-autosufficienza, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, è necessario che lo stato di non-autosufficienza sia comprovato da un neurologo e/o gerontologo attraverso test neuropsicologici standard quali il Mini Mental State Examination (Folstein M.M.S.E.).

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti medici e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 9.1, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile e riconosce immediatamente un capitale di importo predeterminato.

Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo Art. 21.

Ogni anno l'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

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

Al fine dell'erogazione della prestazione caso morte (capitale), la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

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 documentazione completa indicata nel presente articolo deve essere inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla consegna di detta documentazione completa da parte del Contraente e/o dei Beneficiari all'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

ART. 19 – NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE

a) Cessione, pegno e vincolo

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

Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta da parte del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

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

b) 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.

c) Diritto proprio del Beneficiario

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

ART. 20 – COLLEGIO MEDICO ARBITRALE.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

SEZIONE VI) BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

ART. 21 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.

Il Beneficiario delle prestazioni erogate a seguito dell'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato è l'Assicurato stesso.

Il Contraente designa invece i Beneficiari delle prestazioni erogate a seguito del decesso dell'Assicurato.

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 voler profittare del beneficio.

SEZIONE VII) LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'

ART. 22 – IMPOSTE E TASSE.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

ART. 23 – 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. 24 – 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/sede del Contraente e/o dell'Assicurato in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

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.

ART. 25 – 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. 26 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO.

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 27 – MISURE RESTRITTIVE – SANCTIONS CLAUSE.

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Adeguata verifica della Clientela	<p>L'Adeguata 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 Compagnia 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 non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.
Cessione	Vedasi "pegno".
Compagnia	Vedi "Società".
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.
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.
Diritti (o interessi di frazionamento)	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Documento unico di rendicontazione annuale	Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale: <ul style="list-style-type: none"> - 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 assicurata, i premi versati e quelli in arretrato; - dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
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 ha 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).
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.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
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.
Non-autosufficienza	Incapacità di svolgere in modo presumibilmente permanente almeno 3 delle 4 attività della vita quotidiana.
Pegno	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 Compagnia, 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.
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 qualificazione (franchigia)	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della prestazione assicurata.
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' temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.
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 di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

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 assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza	Somma liquidabile sotto forma di capitale o di rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi, nutrirsi, spostarsi. La rendita viene corrisposta dal momento del riconoscimento dello stato di non-autosufficienza finché l'Assicurato è non-autosufficiente e in vita.
Principio di coerenza	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza 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.
Questionario Sanitario o anamnestico)	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società, 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.
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.
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.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> - Documento informativo precontrattuale (DIP Vita); - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita); - Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario; - Modulo di proposta.
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.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Sovrappremio

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

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 gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Vincolo

Vedasi "Pegno".

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. 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 poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.
5. 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, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo nonché, con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1,2,3 e 4 del presente articolo.

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, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche 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, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche 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, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani 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 o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust

espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini 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.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

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 che, ai sensi del presente decreto, detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'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. (CDR);
- 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.

SEMPRE INDIPENDENTE
CATTOLICA & PROTEZIONE

Assicurazione di rendita vitalizia per la copertura del rischio di non-autosufficienza a premio annuo

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, 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 S.p.A.; - 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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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'Intermediario 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.</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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Area Tecnica Vita – Ufficio Assunzione Vita Individuali – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 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 al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate in 15,00 Euro.</p>

DATI GENERALI DI PROPOSTA

Contraente

Assicurato

**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

MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA
(Artt. 15 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e Regolamento IVASS n. 44 del 12 Febbraio 2019)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

- 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 necessario ai sensi dell'art. 33 del Regolamento IVASS N. 44 del 12 Febbraio 2019 al fine di consentire il rispetto degli obblighi di adeguata verifica. 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.
- La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

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.

Si invita la Gentile Clientela a prendere visione delle definizioni rese nel Glossario allegato alla documentazione contrattuale

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.

Questionario di valutazione della coerenza del prodotto

Gentile Cliente, la compilazione del presente questionario è mirata ad acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto coerente con le Sue esigenze assicurative. Le chiediamo pertanto la Sua collaborazione per aiutarci a offrirLe le garanzie assicurative maggiormente rispondenti alle Sue esigenze. La mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del fabbisogno assicurativo e non consente, quindi, l'emissione della presente polizza.

A1 Nome/Cognome e Codice fiscale Contraente**A2 Data di nascita****A3 Sesso****B. Informazioni sullo stato occupazionale****B1 Qual è attualmente il suo stato occupazionale?****C. Informazioni sulle persone da tutelare****C1 Lei ha eventuali soggetti da tutelare economicamente in caso di premorienza (familiari a carico o altri soggetti)?****C2 Quale è il suo status familiare?****C3 Considerando la necessità di tutelare economicamente i beneficiari in caso di premorienza, è importante garantire un costante livello di copertura o ritiene l'esigenza sempre meno importante con il passare degli anni (es: diminuzione impegni finanziari, maggior risparmio)?****C4 In caso di non autosufficienza o insorgenza di una specifica malattia grave o invalidità totale permanente, si ritiene importante poter preservare un'indipendenza economica adeguata?****C5 Pensando ad una tutela in caso Non-Autosufficienza, sceglierebbe una prestazione temporanea che faciliti l'indipendenza economica nei primi anni, a fronte di un premio di polizza più contenuto?****C6 Pensando ad una tutela in caso di specifiche Malattie Gravi, quale è la sua sensibilità verso questo ambito?****C7 Ha già sofferto o soffre di una patologia/condizione ricompresa nelle definizioni di Malattia Grave o di Non-Autosufficienza?****D. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa****D1 Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?****E. Informazioni sulla situazione finanziaria****E1 Qual è la Sua capacità di risparmio rispetto al reddito mensile al netto degli impegni finanziari (come, ad esempio, rata di mutuo e prestito personale, canone di affitto passivo, ecc.)?****E2 Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?****F. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto****F1 Qual è la durata della copertura che Lei ritiene coerente con le Sue esigenze di protezione?****F2 In ragione delle sue disponibilità finanziarie ed alla sua capacità di risparmio, preferisce pagare il premio attraverso:****F3 Ritiene a valore aggiunto la presenza di Garanzie di Assistenza dedicate a gestire le prime necessità al verificarsi dell'evento assicurato, integrando così la tutela economica offerta dalla garanzia principale?**

PRIVACY

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**1. Titolare del trattamento dei dati personali**

Titolare del trattamento dei dati personali è la Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., con sede legale in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16 di seguito anche la "Società" o il "Titolare", Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. – Trieste – Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n.026.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico – finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, "Dati particolari"); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati ("Dati giudiziari"), in presenza di una previsione normativa o di un'indicazione dell'Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.

I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d'informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg. UE.

4. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurativa;

I. **Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali** (come ad esempio la verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, la liquidazione delle prestazioni, etc.) **e dei relativi adempimenti normativi** (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all'Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).

In relazione a tali finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) Reg. UE;

II. **Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella definizione di nuovi prodotti;

III. **Difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria ed extragiudiziaria;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

IV. **Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili;

V. **Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa¹ per la gestione del rischio assicurato;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

¹ Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

PRIVACY

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

b) Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam";

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.

Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il Suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate;

c) Finalità di marketing effettuata dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto² consistenti, ad esempio, nell'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente;

d) Finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di poter offrire proposte personalizzate e/o coerenti con le sue necessità e caratteristiche.

e) Finalità di marketing per conto di terzi, effettuato dal Titolare, (con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto), mediante l'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario relativo a prodotti o servizi di tali soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (editoria, automotive, servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, servizi sociosanitari, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia);

f) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza, nonché a soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate alla lettera e) per loro fini di marketing. Detti soggetti Le rilasceranno, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa;

g) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali al Suo intermediario di riferimento, per proprie finalità di marketing. Lo stesso Le rilascerà, quale Titolare Autonomo di trattamento una separata informativa.

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera c) alla lettera g), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i Suoi Dati Personali potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi³ coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, come pure l'estratto di eventuali accordi di

² Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.

³ Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa"(vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi., ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali

PRIVACY

contitolarietà che possono essere richiesti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.
I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei Suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antiriciclaggio.

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea⁴ oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.

In particolare, i dati personali trattati per le finalità assicurative indicate alla lettera a) del precedente paragrafo 4 saranno conservati di regola per 10 anni decorrenti dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto e comunque non oltre 24 mesi da tale termine in caso di soft spam (lettera b)).

In caso di dati relativi alla liquidazione della prestazione gli stessi saranno conservati per 5 anni dalla data della eliminazione del sinistro senza pagamento, o dalla data del pagamento di tutti gli importi dovuti.

I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), e), f) e g) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso, mentre i dati trattati per la finalità di profilazione indicata alla lettera d) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 24 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg.UE inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;

⁴ la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

PRIVACY

- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare r.l.p.t.

PRIVACY

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso visione dell'informativa sopra riportata:

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati particolari (stato di salute) **per le finalità relative all'attività assicurativa** (quali indicate al punto 4. lett. a)), da parte del Titolare

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali per **finalità di marketing effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. c))

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. d))

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing per conto terzi** (quali indicate al punto 4. lett. e))

CONSENTO **NON CONSENTO**

alla comunicazione dei dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza nonché a soggetti terzi per proprie finalità di marketing (quali indicate al punto 4. lett. f))

CONSENTO **NON CONSENTO**

alla comunicazione dei dati personali all'intermediario di riferimento per proprie finalità di marketing (quali indicate al punto 4. lett. g))

DICHIARO DI OPPORMI all'invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam" (quali indicate al punto 4. lett. b))

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.

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.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

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: kg Altezza: cm
2. - La Sua pressione arteriosa è superiore a 140/90?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. - Beneficia, ha beneficiato o ha fatto richiesta per ottenere: <ul style="list-style-type: none"> ▪ un'esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? ▪ una pensione di invalidità superiore o uguale al 10%? 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. - Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi per un motivo diverso da varicectomia, appendicectomia o emorroidectomia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. - Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipercolesterolemia o ipertensione, da malattie della tiroide, menopausa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. - Negli ultimi 3 mesi ha manifestato contestualmente i sintomi del Covid-19 (quali tosse, affanno e febbre superiore a 37,5 – i sintomi indicati si devono manifestare contestualmente) o è stato invitato a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi, su consiglio del medico, per almeno 14 giorni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7. - Nell'ultimo mese, a causa del Covid-19, è stato invitato a mettersi in autoisolamento (*) senza sintomatologia (a causa di contatti con soggetti positivi al Covid-19) o a seguito di un viaggio? (*) Sono escluse tutte le eventuali restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8. - Deve sottoporsi ad accertamenti diagnostici, ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o essere ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9. - Ha sofferto o soffre attualmente di patologia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ neurologica (alzheimer, parkinson, sclerosi, paralisi,...) ▪ malattia cronica (respiratoria, artrite) ▪ malattie alla spina dorsale ▪ cardiovascolare (incidente cardiovascolare, infarto, malattie delle arterie,...) ▪ tumore maligno o cancro 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10. - Pratica attività extraprofessionali e sportive? Se si quali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11. - L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita analoghe alla presente presso altre Compagnie?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Nome Compagnia: Numero Polizza:	Rendita assicurata:		

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. 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.

FAC - SIMILE

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo prima della sottoscrizione del contratto, nonché dell'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).

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