



INA ASSITALIA S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e della Riassicurazione nei rami Vita, Capitalizzazione e Danni con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 2/12/1927 (G.U. del 15/12/1927 n° 289). Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA TEMPORANEA CASO MORTE – CASO MORTE E INVALIDITA' A CAPITALE COSTANTE

FUTURO SICURO

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **la Nota informativa**
- **le Condizioni di Assicurazione**
- **il Glossario**
- **il Modulo di proposta**

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco.

NOTA INFORMATIVA

FUTURO SICURO

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

INA ASSITALIA S.p.A. è società del Gruppo Generali.

- La sede legale e della Direzione Generale è in: Via Leonida Bissolati, 23 CAP 00187 ROMA - ITALIA
- Recapito telefonico: 06 8483.1; sito internet www.inaassitalia.it; indirizzo di posta elettronica info@inaassitalia.it
- L'Impresa di assicurazioni è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927 ed è iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Si rinvia all'home-page del sito internet dell'impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Patrimonio netto al 31.12.2012: 1.856,77 milioni di euro di cui 618,63 relativi al capitale sociale e 1.238,14 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità della gestione vita: 1,36

tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

La durata viene fissata dal Contraente alla data della sottoscrizione della proposta, in relazione agli obiettivi perseguiti dal Contraente, e può essere scelta tra i seguenti valori e rispettando i seguenti vincoli fissati per l'età a scadenza dell'Assicurato.

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato.

Copertura assicurativa per il solo caso morte (Prodotti 11NT e 11UT)	
▪ Durata	da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni (Prodotto 11NT)
	da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni (Prodotto 11UT)
▪ Età all'ingresso	da un minimo di 18 anni ad un massimo di 83 anni (Prodotto 11NT)
	da un minimo di 18 anni ad un massimo di 84 anni (Prodotto 11UT)
▪ Età massima a scadenza	85 anni (per entrambi i prodotti)
Nel caso di sottoscrizione di un prodotto a premio annuo (Prodotto 11NT), con abbinare le coperture complementari, le sole limitazioni di cui sopra relative ad età ed età a scadenza vengono sostituite dalle seguenti:	
▪ Età all'ingresso	da un minimo di 18 anni ad un massimo di 60 anni
▪ Età massima a scadenza	70 anni

Copertura per il caso di morte o invalidità totale e permanente equiparata al decesso (Prodotti 11IT e 11IUT)	
▪ Durata	da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni (Prodotto 11IT)
	da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni (Prodotto 11IUT)
▪ Età all'ingresso	da un minimo di 18 anni ad un massimo di 55 anni (per entrambi i prodotti)
▪ Età massima a scadenza	65 anni (per entrambi i prodotti)
Le limitazioni di cui sopra valgono anche nel caso di sottoscrizione di un prodotto a premio annuo (Prodotto 11IT), con abbinare le coperture complementari.	

Il contratto prevede le seguenti prestazioni principali:

- a) PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO
- b) PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ DELL'ASSICURATO

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Con riferimento alle coperture a premio annuo, il Contraente alla data di sottoscrizione della proposta ha la facoltà di integrare l'assicurazione principale, scegliendo tra le seguenti garanzie complementari di tipo facoltativo:

- c) PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DOVUTO AD INFORTUNIO
- d) PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DOVUTO AD INFORTUNIO STRADALE

Per gli aspetti di dettaglio delle prestazioni si rinvia alla premessa delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenze:

Si precisa che trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si definisce "non al corrente con il pagamento dei premi" e pertanto le coperture assicurative, sia principali che complementari, vengono sospese; nel periodo di sospensione le coperture assicurative non sono in vigore, indipendentemente dal numero di annualità di premio precedentemente corrisposte, fermo restando il diritto del Contraente di riattivare l'assicurazione secondo quanto indicato nell'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione. E' previsto un periodo di carenza per il decesso causato da suicidio; per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto contenuto nell'articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione.

E' previsto inoltre un periodo di carenza per il decesso o invalidità totale e permanente dovuti ad infezione da HIV (AIDS e patologie collegate); per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto contenuto nell'articolo 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, è previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante compilazione di apposito questionario sanitario e, per determinati capitali, devono essere eseguiti specifici accertamenti sanitari.

È necessario che il Contraente e l'Assicurato leggano attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

L'entità del premio, sia annuo che unico è determinata in relazione alla tipologia e al numero di prestazioni prescelte, alla loro durata e all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle abitudini di vita (sport, mezzi di trasporto utilizzati,...) nonché il suo comportamento relativamente al fumo.

Prodotti a premio annuo (11NT e 11IT)

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto e delle eventuali coperture complementari è dovuto, dal Contraente, un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte o l'invalidità dell'Assicurato.

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate sub annuali; in questo caso verranno applicati gli interessi di frazionamento specificati al successivo punto 5.1.1.

Prodotti a premio unico (11UT e 11IUT)

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto è dovuto, dal Contraente, un premio unico.

Sovrappremio Fumatore

È previsto un sovrappremio per comportamento tabagico dell'Assicurato e pertanto, l'importo delle prestazioni è stabilito distintamente in funzione delle abitudini al fumo dello stesso.

Tuttavia, qualora l'Assicurando, dichiaratosi fumatore in sede di sottoscrizione della proposta, si sottoponga, anche volontariamente, agli accertamenti sanitari usualmente previsti in caso di capitali assicurati elevati, e tali accertamenti evidenzino il suo buono stato di salute, non verrà applicato il sovrappremio previsto per comportamento tabagico.

Il versamento dei premi può avvenire con le seguenti modalità

- per contratti a premio annuo:
 - assegno bancario o postale purché non trasferibili o assegno circolare;
 - Rimessa Interbancaria Diretta (RID)
 - bonifico bancario
 - versamento in conto corrente postale
 - delega alla trattenuta sullo stipendio
- per contratti a premio unico:
 - assegno bancario o postale purché non trasferibili o assegno circolare;
 - bonifico bancario.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione e gestione applicati su ciascun versamento sono rappresentati:

Per contratti a premio annuo:

- da una cifra fissa pari a € 30,00;
- da una percentuale applicata sul premio annuo corrisposto, al netto della cifra fissa e del costo delle garanzie complementari, pari al 13,20%.

Qualora il Contraente scelga di frazionare il pagamento del premio annuo in più rate nell'anno, al premio stesso viene applicata una maggiorazione in percentuale rappresentata dai seguenti interessi di frazionamento:

Interessi di Frazionamento	
Rateazione	Maggiorazione
Semestrale	1,0%
Quadrimestrale	1,4%
Trimestrale	1,6%
Bimestrale	1,8%
Mensile	1,9%

Per contratti a premio unico:

- da una cifra fissa il cui importo è funzione della durata contrattuale come evidenziato nella tabella di seguito riportata:

Durata Contrattuale	Cifra Fissa €
1	15,00
2	30,00
3	45,00
4	60,00
5	75,00
6	90,00
>=7	100,00

- da una percentuale applicata sul premio unico corrisposto, al netto della cifra fissa, pari al 9,0%.

Per l'emissione del contratto, in aggiunta al primo premio versato o al premio unico, il Contraente deve corrispondere una cifra una tantum, corrispondente al costo polizza, che è pari a € 10,00.

Ai fini dell'assunzione o meno del rischio, e dell'applicazione di eventuali sovrappremi, potrebbe essere necessario (in funzione del livello delle prestazioni assicurate) che l'Assicurando si sottoponga a determinati accertamenti sanitari.

E' tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario.

La tipologia degli accertamenti sanitari cui l'Assicurando deve sottoporsi ed il conseguente costo sono collegati all'importo del capitale assicurato.

Nella successiva tabella si riportano le spese di emissione del contratto sostenute dalla Società nel caso in cui vengano effettuati gli accertamenti sanitari:

Capitale Assicurato	Spese di Emissione per la Società		
	Costo Polizza €	Costo Acc. Sanitari €	Totale €
Fino ad € 250.000,00	10,00	-	10,00
Da € 250.000,01 a € 600.000,00	10,00	371,00	381,00
Da € 600.000,01 a € 1.000.000,00	10,00	843,00	853,00
oltre € 1.000.000,01	10,00	933,00	943,00

Qualora sia stato effettuato il test HIV, gli importi di cui sopra verranno maggiorati di € 23,00 per capitali assicurati fino a € 250.000,00 e di € 28,00 per capitali assicurati di importo superiore.

A fronte delle spese di emissione sostenute dalla Società, nel caso di presenza di accertamenti sanitari, vengono addebitati al Contraente i seguenti costi:

Capitale Assicurato	Costo di Emissione per il Contraente €
fino ad € 250.000,00	10,00
da € 250.000,01 a € 600.000,00	140,00
da € 600.000,01 a € 1.000.000,00	240,00
oltre € 1.000.000,01	270,00

Solo per capitali assicurati fino a € 250.000,00, qualora l'Assicurato si sottoponga al test HIV l'importo di cui sopra verrà maggiorato di € 23,00.

Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che, ai fini della determinazione dello scaglione di riferimento di capitale assicurato utile alla determinazione della tipologia di accertamenti da eseguire e del corrispondente costo, possono entrare in gioco anche i capitali assicurati relativi a polizze già in vigore sulla stessa testa assicurata.

Pertanto nel caso in cui l'Assicurato abbia stipulato, nel recente passato, una o più assicurazioni sulla propria testa e questa/e siano ancora in vigore all'epoca della sottoscrizione, il capitale assicurato utile alla scelta dello scaglione di riferimento per la determinazione del costo di emissione è dato dalla somma dei capitali assicurati sul complesso delle polizze in vigore.

In caso di recesso, esercitato ai sensi del successivo punto 12, verrà recuperato dal Contraente l'intero importo delle spese per l'emissione del contratto sostenute dalla Società. L'importo delle "Spese di emissione per la Società" indicato nella tabella sopra riportata costituisce l'importo massimo che potrebbe essere recuperato a carico del Contraente. L'importo effettivamente recuperato potrebbe essere inferiore per tenere conto degli effettivi accertamenti sanitari effettuati.

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto risulta pari al 6,99% per la tariffa a premio unico e del 19,45% per la tariffa a premio annuo.

6. Sconti

Avvertenza:

Con riferimento ai soli assicurati, dichiaratisi NON fumatori in sede di sottoscrizione della proposta, ogniqualvolta il contratto venga assunto previa presentazione degli accertamenti sanitari dai quali risulti il buono stato di salute dell'Assicurando è prevista l'applicazione di uno sconto tariffario stabilito, come si evince dalla tabella di seguito riportata, in funzione della durata contrattuale:

Durata Contrattuale	Sconto	Durata Contrattuale	Sconto
≤ 5	10%	8	7%
6	9%	9	6%
7	8%	≥ 10	5%

Lo sconto tariffario indicato si applica al premio annuo della sola assicurazione principale, al netto della cifra fissa.

N.B. Gli assicurati dichiaratisi NON fumatori in sede di sottoscrizione della proposta che compilano il solo questionario sanitario previsto per capitali assicurati non superiori ad € 250.000,00, non possono sottoporsi volontariamente ad accertamenti sanitari al fine di ottenere lo sconto tariffario sopra indicato.

7. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicabile al presente contratto in base alla vigente normativa risulta:

Imposta sui premi

In base alla vigente normativa fiscale i premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

Detrazione fiscale dei premi

Ai premi versati, nel limite di € 1.291,14 l'anno, viene riconosciuta una detrazione d'imposta nella misura del 19% (misura di legge in vigore alla data di redazione della presente Nota informativa).

Tassazione delle somme assicurate

In base alla vigente normativa fiscale i capitali erogati a seguito di decesso e di invalidità permanente non costituiscono reddito e pertanto sono esenti dalle relative imposte.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Per la descrizione delle modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi (per le polizze a premio annuo)

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

Avvertenza: l'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente.

Per gli aspetti di dettaglio sulla risoluzione del contratto si rinvia all'Art.12 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede riscatto e riduzione.

Il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione secondo le modalità indicate all'Art.11 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Revoca della proposta

La proposta relativa ad un contratto di assicurazione sulla vita é revocabile in qualunque momento prima della conclusione del contratto.

La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione attinente l'esecuzione dello stipulando contratto e si effettua a mezzo di lettera raccomandata AR da inviare ad INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Portafoglio Vita - Via L. Bissolati, 23 - 00187 ROMA. Entro 30 giorni dal ricevimento della citata comunicazione INA ASSITALIA S.p.A. rimborserà al Contraente, per il tramite dell'Agenzia Generale competente, la somma da questi eventualmente corrisposta.

12. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere da un contratto di assicurazione sulla vita entro 30 giorni dal momento in cui è informato che il contratto stesso è concluso.

Il contratto é concluso nel giorno in cui il Contraente ha ricevuto la polizza da INA ASSITALIA per il tramite dell'Agenzia Generale, ovvero la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte di INA ASSITALIA.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione assicurativa a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione, quale risulta dal timbro postale, da inviare, esclusivamente a mezzo di lettera raccomandata AR ad INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Portafoglio Vita – Via L. Bissolati, 23 - 00187 Roma. Nella comunicazione dovranno essere indicati gli estremi individuativi della polizza. Entro 30 giorni dal ricevimento della citata comunicazione INA ASSITALIA rimborserà al Contraente, per il tramite dell'Agenzia Generale competente, la somma da questi corrisposta eventualmente diminuita della parte di premio relativa al rischio corso, per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

Per la determinazione della parte di premio da recuperare in relazione al rischio corso vengono indicati i coefficienti nel prospetto qui di seguito riportato:

COSTO PER € 1.000 DI CAPITALE INIZIALE E 30 GG. DI COPERTURA

Classi di età all'effetto della polizza	Solo morte	Morte e invalidità o grave infermità
fino a 50 anni	0,18	0,24
oltre 50 anni	1,30	2,30

Si precisa inoltre che per periodi inferiori a 30 giorni i suddetti coefficienti si riducono proporzionalmente in base all'effettivo intervallo trascorso.

Per tale parte di premio, come sopra determinata, INA ASSITALIA rinuncia, pur avendone diritto, al recupero della stessa qualora sia di importo inferiore a € 52,00.

INA ASSITALIA ha il diritto di recuperare le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, indicate nella proposta di assicurazione e nel contratto, indicati al precedente punto 5.1.1.

13. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Al verificarsi degli eventi previsti dal contratto, l'avente diritto dovrà consegnare la documentazione specificata all'Art.15 delle Condizioni di Assicurazione per ottenere le prestazioni pattuite.

I pagamenti dovuti sono effettuati da INA ASSITALIA entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione.

Si ricorda che il Codice Civile (Art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda; decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà INA ASSITALIA a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

15. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà INA ASSITALIA a proporre quella da utilizzare.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

INA ASSITALIA S.p.A.
Customer Service
Via Bissolati, 23 – 00187 ROMA
Tel. 06-47224020
FAX. 06-47224204
E-mail: reclami.ina@inaassitalia.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21-00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

In questi casi nel reclamo deve essere indicato:

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

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

17. Informativa in corso di contratto

Tale contratto non prevede partecipazione agli utili e pertanto non è previsto l'invio annuale dell'estratto conto della posizione assicurativa.

18. Comunicazioni del Contraente alla società

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile – Cambiamenti di professione dell'Assicurato - il Contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'Assicurato, eventualmente intervenute in corso di contratto, che aggravino il rischio assunto dall'Impresa.

Pertanto è comunque incluso nella garanzia assicurativa il rischio derivante da qualunque cambiamento relativo all'attività professionale purché intervenuto successivamente alla stipulazione del contratto.

19. Conflitto di interessi

La Società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

Principi generali per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la Società opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da Rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di Gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo.

La Società individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

Con riferimento alla fase di progettazione dei prodotti, la Società definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Con riferimento alla fase di distribuzione dei prodotti, la Società non ha attualmente in essere politiche di incentivazione differenziate per tipologia di prodotto. È comunque vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto od una determinata operazione

Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

INA ASSITALIA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

(Avv. Francesco Procaccini)



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

FUTURO SICURO

Premessa

I contratti qui di seguito descritti rientrano nella categoria delle “polizze temporanee di puro rischio” e possono essere stipulati in varie tariffe che si differenziano in base alle modalità di pagamento del premio – annuo od unico.

Le tariffe sono a capitale assicurato costante e possono avere la garanzia della corresponsione del capitale estesa al caso di invalidità totale e permanente secondo le modalità indicate al successivo Art. 9; tali tariffe prevedono inoltre un sovrappremio per comportamento tabagico dell'Assicurato e pertanto l'importo delle prestazioni è stabilito distintamente in funzione delle abitudini al fumo dello stesso.

Qualora l'Assicurato dichiaratosi fumatore in sede di sottoscrizione della proposta si sottoponga, anche volontariamente, agli accertamenti sanitari usualmente previsti in caso di capitali assicurati elevati e tali accertamenti evidenzino il suo buono stato di salute, non verrà applicato il sovrappremio previsto per comportamento tabagico.

Con riferimento ai soli assicurati, dichiaratisi NON fumatori in sede di sottoscrizione della proposta, ogniqualvolta il contratto venga assunto previa presentazione degli accertamenti sanitari dai quali risulti il buono stato di salute dell'Assicurando è prevista l'applicazione di uno sconto tariffario stabilito in funzione della durata contrattuale.

N.B. Gli assicurati dichiaratisi NON fumatori in sede di sottoscrizione della proposta che compilano il solo questionario sanitario previsto per capitali assicurati non superiori ad € 250.000,00, non possono sottoporsi volontariamente ad accertamenti sanitari al fine di ottenere lo sconto tariffario sopra indicato.

Le diverse tariffe descritte sono le seguenti:

Tariffa	Tipologia di capitale assicurato	Tipologia di rischio	Tipologia di premio
11NT	Costante	solo morte	Annuo
11UT	Costante	solo morte	Unico
11IT	Costante	morte e invalidità	Annuo
11IUT	Costante	morte e invalidità	Unico

Ai soli contratti a premio annuo possono essere abbinare le seguenti garanzie complementari:

Assicurazione complementare morte per infortunio: tale garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale dovuto ad infortunio, la liquidazione, ai Beneficiari designati, del capitale aggiuntivo assicurato per il caso di morte per infortunio indicato in polizza.

Assicurazione complementare morte per infortunio stradale: tale garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale provocato da incidente stradale, la liquidazione, ai Beneficiari designati, di un capitale pari al doppio del capitale aggiuntivo assicurato per il caso di morte per infortunio indicato in polizza.

Art. 1 - Obblighi di INA ASSITALIA

Gli obblighi di INA ASSITALIA risultano esclusivamente dalla polizza e dagli allegati rilasciati da INA ASSITALIA stessa.

Art. 2 - Entrata in vigore dell'assicurazione

L'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto nel momento in cui il Contraente abbia ricevuto gli originali, emessi dalla Direzione Generale di INA ASSITALIA S.p.A., della polizza e della quietanza, la quale ultima, debitamente sottoscritta e datata dall'incaricato alla riscossione, costituisce, qualora espressamente non risulti diversamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, l'unica prova dell'avvenuto pagamento del premio.

Nel caso in cui in sede di sottoscrizione della proposta sia versato dal Proponente un importo equivalente a quello del primo premio o del premio unico, il versamento si intenderà effettuato ad esclusivo titolo di deposito provvisorio in attesa dell'accettazione della proposta da parte della Società. Pertanto, una volta emesso e perfezionato secondo quanto previsto dal precedente comma, il contratto decorrerà – per i soli effetti economici e finanziari – dal giorno del versamento; tutti gli altri effetti decorreranno invece dal momento del perfezionamento stesso.

Qualora il Proponente indichi una data di effetto posteriore rispetto a quella in cui vengono espletati i suddetti adempimenti, l'assicurazione entra in vigore dalla sopra menzionata data di effetto.

Art. 3 - Definizione di “non-fumatore”

È definito “non-fumatore” l'Assicurato che non abbia mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e che non abbia intenzione di fumare in futuro, come da dichiarazione sottoscritta nella proposta.

Art. 4 - Modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato

Il Contraente o l'Assicurato sono tenuti ad informare INA ASSITALIA nel caso di modifica del comportamento tabagico dell'Assicurato stesso intervenuta nel corso della durata del contratto.

Se l'Assicurato, dichiaratosi in sede di proposta “non-fumatore”, inizia o ricomincia a fumare, è tenuto a darne comunicazione scritta ad INA ASSITALIA S.p.A., entro 30 giorni, mediante lettera raccomandata AR; in tal caso, INA ASSITALIA si riserva di ridurre la prestazione sulla base del nuovo comportamento tabagico dell'Assicurato. In alternativa alla riduzione della prestazione, il Contraente può richiedere il mantenimento della stessa pagando il nuovo premio richiesto da INA ASSITALIA; tale nuovo premio o la modifica della prestazione assicurata saranno ottenuti sulla base del sovrappremio per stato tabagico e del tasso di tariffa relativi all'età raggiunta ed alla durata residua e saranno applicati a partire dalla ricorrenza annuale di polizza successiva al pervenimento della comunicazione. La mancata comunicazione del cambiamento di comportamento tabagico dell'Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora l'Assicurato, dichiaratosi in precedenza “fumatore”, abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, potrà darne comunicazione ad INA ASSITALIA la quale, ottenuta conferma da analogo dichiarazione del medico di famiglia e subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti, si impegna a modificare la prestazione o a rideterminare il premio con gli stessi criteri sopraindicati, esclusivamente nei casi in cui il contratto sia stato sottoscritto previa applicazione del sovrappremio per comportamento tabagico

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Decorsi 6 mesi dall'entrata in vigore della assicurazione o dalla sua riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze e per dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso ciò può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

L'inesatta dichiarazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato.

Art. 6 - Prestazioni assicurate

INA ASSITALIA si impegna a garantire in caso di morte dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la liquidazione del capitale assicurato indicato nel documento di polizza.

Se il contratto prevede anche la copertura per il caso di invalidità totale e permanente, equiparata al caso morte, INA ASSITALIA si impegna a liquidare la prestazione nel caso in cui l'Assicurato diventi invalido nel corso della durata contrattuale.

Art. 7 - Esclusioni

Fatte salve le esclusioni qui di seguito elencate, il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Il rischio di invalidità è coperto secondo le norme riportate all'Art. 9.

Sono esclusi dalla garanzia soltanto i decessi e i casi di invalidità causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- uso da parte dell'Assicurato di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la morte avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche; l'esclusione di tale copertura sussiste tanto nel caso in cui l'Assicurato partecipi attivamente a tali atti quanto nel caso in cui ne resti vittima incolpevole;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- suicidio o tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi all'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

Laddove nel luogo in cui soggiorna l'Assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi similari, l'assicurazione di cui al presente Fascicolo Informativo permane in vigore per un massimo di 10 giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle autorità italiane. Trascorso tale termine senza che l'Assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente. L'esistenza di una situazione di guerra e similari al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

In questi casi INA ASSITALIA paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso o dell'insorgenza dell'invalidità.

Art. 8 - Norme di carenza AIDS

Qualora l'Assicurato non aderisca alla richiesta di INA ASSITALIA di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, rimane convenuto che, qualora nei primi sette anni dal perfezionamento della polizza, il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) ovvero ad altre patologie ad essa collegate, la prestazione assicurata non verrà riconosciuta. In tal caso, in luogo della prestazione assicurata, INA ASSITALIA pagherà il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del sinistro.

Art. 9 - Norme regolanti la garanzia in caso di invalidità

Viene esclusa la copertura dei rischi di invalidità verificatisi dopo il 65° anno di età dell'Assicurato.

La garanzia per il caso di invalidità si interrompe ed il corrispondente premio non è più dovuto in caso di cessazione definitiva dell'attività lavorativa dell'Assicurato.

A. Definizione di invalidità

Si intende divenuto invalido l'Assicurato in attività lavorativa che, per malattia o infermità dovute a patologie insorte successivamente all'effetto della polizza, esclusa ogni preesistenza, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente, la capacità all'esercizio della propria professione o mestiere e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini.

Il riconoscimento dello stato di invalidità viene effettuato sulla base di un presupposto biologico generico (riduzione della validità psico-fisica consolidata al termine del periodo di accertamento di cui al successivo punto C. integrato da riferimenti individuali quali l'attività lavorativa svolta e dichiarata dall'Assicurato).

B. Definizione della data di insorgenza dell'evento

Per data di insorgenza dell'evento, si intende quella denunciata ed accertata ai sensi del successivo punto C., risultante dalla documentazione medica richiesta ai sensi dello stesso punto.

C. Denuncia ed accertamento

Verificatosi l'evento assicurato, il Contraente, l'Assicurato od altro soggetto in loro vece entro 90 giorni da quando ne sono venuti a conoscenza, debbono farne denuncia ad INA ASSITALIA, per gli opportuni

accertamenti, facendo pervenire alla Direzione Generale di INA ASSITALIA medesima, a mezzo lettera raccomandata AR, l'apposito questionario che INA ASSITALIA fornisce per il tramite delle proprie Agenzie, redatto dal medico curante corredato da tutta la documentazione ivi richiesta.

INA ASSITALIA si impegna ad accertare lo stato di invalidità non prima di 180 giorni e comunque non oltre un anno dalla data della lettera raccomandata di cui sopra. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuto lo stato di invalidità equivale, fatte salve le esclusioni di cui all'Art. 7, ad avvenuto riconoscimento dello stato denunciato.

D. Obblighi del Contraente e dell'Assicurato

A richiesta di INA ASSITALIA, il Contraente, l'Assicurato, od altro soggetto in loro vece, sono obbligati:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- a fornire tutte le prove necessarie per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

INA ASSITALIA si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di invalidità con medici di sua fiducia.

E. Rivedibilità

Quando l'Assicurato è stato riconosciuto invalido, il Contraente, l'Assicurato, od altro soggetto in loro vece, sono obbligati:

- a mantenere informata INA ASSITALIA del luogo in cui risiede l'Assicurato;
- a fornire le informazioni richieste per accertare la persistenza dello stato di invalidità;
- a comunicare, in ogni caso, la cessazione od il mutato stato di invalidità.

INA ASSITALIA potrà sempre accertare la persistenza dello stato di invalidità, non più di una volta l'anno e con medici di sua fiducia.

F. Liquidazione delle prestazioni

Il pagamento delle prestazioni è subordinato alla persistenza dell'invalidità; per le assicurazioni che prevedono pagamenti di capitale, questi verranno effettuati in base alle seguenti modalità:

- 10% al riconoscimento dell'invalidità;
- 10% dopo un anno se perdura lo stato di invalidità;
- 80% dopo due anni se perdura lo stato di invalidità.

I suddetti importi debbono intendersi maggiorati degli interessi al tasso di riattivazione di cui all'Art. 11 a decorrere dal 30° giorno successivo alla data del verificarsi dell'evento.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato, la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di liquidazione del capitale, verrà immediatamente liquidato l'eventuale capitale residuo.

G. Collegio Arbitrale

Nel caso in cui lo stato di invalidità non venga riconosciuto da INA ASSITALIA, oppure nel caso in cui venga accertata da INA ASSITALIA la cessazione dello stato di invalidità precedentemente riconosciuto, il Contraente, l'Assicurato od altro soggetto in loro vece, hanno la facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata AR spedita ad INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Portafoglio Vita - Via L. Bissolati, 23 - 00187 Roma, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato da INA ASSITALIA, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo tra le due parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale di Roma.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

H. Pagamento dei premi (per le polizze a premio annuo)

Dalla data di denuncia dell'evento assicurato di cui al punto B., il Contraente sospende il pagamento del premio, mentre INA ASSITALIA si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate; se l'evento è

riconosciuto da INA ASSITALIA o dal Collegio Arbitrale di cui al punto G., l'obbligo al pagamento del premio cessa definitivamente; in caso contrario il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di insorgenza dell'evento non riconosciuto aumentati degli interessi di riattivazione nella misura di cui al successivo Art.11.

Art. 10 - Pagamento del premio e relative modalità

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto e delle eventuali coperture complementari è dovuto, dal Contraente, un premio annuo anticipato, di importo costante, per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte o l'invalidità dell'Assicurato, oppure un premio unico.

Il premio deve essere corrisposto alle scadenze pattuite presso l'Agenzia Generale che amministra il contratto.

PAGAMENTO DEL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO IN PROPOSTA

Qualora il Proponente, nel sottoscrivere la proposta, corrisponda un importo equivalente a quello del primo premio o del premio unico, il versamento dovrà avvenire mediante assegno non trasferibile intestato alla Agenzia Generale INA ASSITALIA indicata nel frontespizio della proposta stessa.

Ad avvenuta emissione della polizza, l'Agenzia Generale INA ASSITALIA rilascerà contestualmente la quietanza emessa da INA ASSITALIA.

Unicamente detta quietanza, datata e sottoscritta dall'incaricato alla riscossione, costituisce piena prova dell'avvenuto pagamento del premio.

PAGAMENTO DEL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO AD AVVENUTA EMISSIONE DELLA POLIZZA

Nel caso in cui il premio di perfezionamento o il premio unico, venga versato dopo l'avvenuta emissione della polizza, tale premio deve essere corrisposto esclusivamente con i seguenti mezzi di pagamento, tutti intestati all'Agenzia Generale INA ASSITALIA che gestisce la polizza:

Per i Premi Annui:

- assegno bancario o postale purché non trasferibili o assegno circolare;
- bonifico bancario;
- versamento in conto corrente postale;
- delega alla trattenuta sullo stipendio.

Per i Premi Unici

- assegno bancario o postale purché non trasferibili o assegno circolare;
- bonifico bancario;

PAGAMENTO PREMI ANNUI SUCCESSIVI

Tutti i premi successivi al premio di perfezionamento, dovuti alle scadenze pattuite, devono essere corrisposti esclusivamente con i seguenti mezzi di pagamento, tutti intestati all'Agenzia Generale INA ASSITALIA che gestisce la polizza:

- assegno bancario o postale purché non trasferibili o assegno circolare;
- Rimessa Interbancaria Diretta (RID) (nel caso di rateazione mensile del premio annuo il pagamento tramite RID è operativo a partire dalla terza rata mensile);
- bonifico bancario;
- versamento in conto corrente postale;
- delega alla trattenuta sullo stipendio.

Qualora sia stata scelta la modalità di pagamento tramite Rimessa Interbancaria Diretta (RID), laddove si verifichi l'estinzione del conto corrente o la mancanza di fondi sullo stesso, i premi potranno essere dallo stesso pagati con una delle altre modalità sopra indicate.

Per il pagamento dei premi dopo l'avvenuta emissione della polizza potranno essere utilizzati altri mezzi di pagamento oltre quelli sopra indicati, **con esclusione del denaro contante**, solo nel caso in cui il versamento sia effettuato direttamente alla cassa dell'Agenzia Generale stessa.

Effettuato il pagamento, l'Agenzia medesima rilascia la quietanza, emessa dalla Direzione Generale di INA ASSITALIA S.p.A. ed intestata al Contraente. Unicamente detta quietanza, datata e sottoscritta dall'incaricato alla riscossione, fa piena prova dell'avvenuto pagamento del premio ricorrente, con la sola eccezione dei pagamenti a mezzo delega e della Rimessa Interbancaria Diretta, in quanto, nel primo caso, faranno fede le scritture contabili dell'ente delegato e di INA ASSITALIA, mentre nel secondo farà fede la comunicazione che il Contraente riceve dalla banca circa l'addebito a lui effettuato in favore di INA ASSITALIA.

A giustificazione del mancato pagamento del premio non potrà, in alcun caso, essere opposto l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al domicilio del Contraente.

Art. 11 - Riattivazione (per le polizze a premio annuo)

Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata decadono le coperture assicurative. Nei successivi 5 mesi il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati al tasso del 5% annuo.

La riattivazione può pure avvenire entro il termine massimo di un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta di INA ASSITALIA che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e gli interessi ed il Contraente ha ritirato il relativo allegato.

Art. 12 - Risoluzione (per le polizze a premio annuo)

Trascorso un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti da INA ASSITALIA.

Art. 13 - Cessione - Pegno - Vincolo

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

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

Art. 14 - Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

In tali casi, le operazioni di pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto a INA ASSITALIA o contenute in un valido testamento, regolarmente pubblicato.

Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 c.c. il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrispostegli a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 15 - Pagamento delle prestazioni

Al verificarsi degli eventi previsti dal contratto, l'avente diritto, per ottenere le prestazioni pattuite, dovrà sottoscrivere, presso l'Agenzia INA ASSITALIA di competenza, la relativa domanda, redigendola sull'apposito modulo disponibile presso l'Agenzia stessa, nonché consegnare la documentazione appresso specificata. Le seguenti indicazioni concernono ogni singolo tipo di evento che, in quanto espressamente menzionato dal documento di polizza, conferisce il diritto alla prestazione stessa.

A. Sinistro per invalidità dell'Assicurato: dovrà essere inviato l'apposito questionario sanitario redatto su modulo - disponibile presso le Agenzie INA ASSITALIA - dettagliatamente compilato nelle risposte ai singoli quesiti, a cura del medico. Il medico compilatore attesterà inoltre di avere personalmente curato la risposta ai quesiti del modulo, su un foglio di ricettario, oppure mediante l'apposizione, in calce al questionario stesso, della firma e del timbro specificante le proprie generalità e l'indirizzo.

B. Sinistro per morte naturale dell'Assicurato: sono necessari i seguenti documenti:

- 1) certificato di morte dell'Assicurato, con indicazione della data di nascita;
- 2) relazione medica circa la causa del decesso da compilare, in ogni sua parte, sul modulo disponibile presso le Agenzie. Il medico compilatore, su foglio di ricettario, dovrà inoltre attestare di aver personalmente curato le risposte, oppure apporre, in calce alla relazione stessa, oltre alla sua firma, anche il timbro specificante le proprie generalità e l'indirizzo.

A richiesta ad INA ASSITALIA dovranno inoltre essere consegnate le eventuali copie delle cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato;

- 3) atto notorio, oppure la dichiarazione sostitutiva di esso resa ai sensi di legge, riguardante lo stato successorio della persona deceduta. Tale documento dovrà indicare se il deceduto abbia o meno lasciato testamento e, se necessario, l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà inoltre essere inviata la copia autentica ed integrale del verbale di deposito e pubblicazione del testamento stesso e l'atto notorio, o dichiarazione sostitutiva del medesimo, dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Nel caso di esistenza di più testamenti, poiché le parti degli stessi non espressamente annullate dal testatore, restano in vigore, l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviati i relativi verbali di deposito e pubblicazione, non ne sussistono altri;
- 4) originale di polizza e relativi allegati.

C. Sinistro per morte violenta dell'Assicurato (es. incidente stradale, omicidio, suicidio, etc.): oltre alla documentazione prevista per il caso di morte naturale, occorre consegnare anche la copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria (ovvero certificato della procura della Repubblica o altro documento rilasciato dalla competente autorità, come verbali di indagini, altri atti e/o provvedimenti processuali, etc.), da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

Norme generali riguardanti i documenti da consegnare

1) Originale di polizza

L'originale della polizza ed i suoi relativi allegati e/o appendici dovranno essere consegnati in tutti i casi in cui l'operazione richiesta provochi la totale estinzione del contratto (es. sinistro). Nei casi in cui l'originale della polizza (e/o relative appendici) non sia più disponibile, l'avente diritto dovrà dichiarare, sotto la propria responsabilità, i motivi che rendono impossibile la consegna del documento (es. smarrimento, sottrazione, distruzione, etc.).

2) Dichiarazione circa i premi trattenuti sulle competenze stipendiali del Contraente e versati dall'ente delegato ad INA ASSITALIA

In ogni caso di richiesta di prestazioni, se il pagamento dei premi sia avvenuto mediante delega rilasciata dal Contraente all'ente di cui è dipendente secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali (pagamento dei premi mediante delega), il richiedente la prestazione dovrà aver cura di far compilare l'apposito modulo, disponibile presso le Agenzie INA ASSITALIA, dall'Amministrazione delegata al pagamento. Dal detto modulo dovrà risultare sino a quale rata mensile i premi sono stati corrisposti.

3) Minore età dell'avente diritto o interdetto

Qualora l'avente diritto sia minorenne ovvero interdetto è necessario che la documentazione comprenda anche il decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il legale rappresentante del Beneficiario a riscuotere ed eventualmente a reimpiegare l'importo spettante al minore stesso ovvero all'interdetto, con esonero di INA ASSITALIA da ogni ingerenza e responsabilità al riguardo.

4) Parziale capacità dell'avente diritto

Qualora l'avente diritto versi in condizioni di parziale capacità di intendere e di volere (persona inabilitata o emancipata e soggetta a curatela), è necessario che la documentazione sia accompagnata dalla richiesta di ottenimento delle prestazioni sottoscritta, oltre che dall'avente diritto, anche dal curatore, il quale ultimo documenterà tale suo stato producendo il decreto di nomina quale curatore dell'avente diritto parzialmente capace. Se previsto dalla legge è richiesto anche il decreto del Giudice Tutelare con le modalità indicate al punto che precede.

5) Vincoli gravanti sulla polizza

Nel caso in cui la polizza risulti vincolata (oppure costituita in pegno), la domanda di ottenimento delle prestazioni, oltre che dall'avente diritto (Contraente o Beneficiario), dovrà essere sottoscritta anche dal

soggetto vincolatario, il quale indicherà l'entità della sua pretesa sulla polizza, ovvero, essendo cessate le ragioni di vincolo o pegno, il suo espresso consenso all'integrale liquidazione delle prestazioni in favore del Contraente o del Beneficiario.

6) Consenso al trattamento dei dati

Per ogni tipo di liquidazione, ove l'avente diritto non abbia, ai sensi della vigente normativa (D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003), fornito in precedenza il consenso al trattamento dei propri dati, il consenso stesso dovrà essere manifestato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso l'Agenzia Generale di competenza.

7) Eventuale, ulteriore documentazione

Solo in caso di necessità, finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto, potrà essere richiesta un'ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata.

8) Tempo di esecuzione della liquidazione

Verificata, in base alla documentazione prodotta, la sussistenza dell'obbligo del pagamento, INA ASSITALIA mette a disposizione dell'avente diritto l'importo spettantegli, nei 30 giorni successivi alla consegna della documentazione completa (ovvero dal giorno del suo completamento). Decorso il suddetto termine, INA ASSITALIA è tenuta, sino all'adempimento dell'obbligazione, alla corresponsione degli interessi pattiziamente determinati nella misura del saggio legale.

9) Luogo del pagamento

Ai sensi dell'Art.1182 del Codice Civile., ogni pagamento avverrà presso la sede della competente Agenzia Generale INA ASSITALIA, ove è disponibile l'appropriata modulistica per agevolare gli aventi diritto nella raccolta e nell'immediato invio ad INA ASSITALIA dei documenti occorrenti. E' altresì cura dell'Agenzia Generale consegnare al richiedente la ricevuta, recante la firma della persona fisica o giuridica che gestisce l'Agenzia Generale, con l'indicazione della data della consegna dei documenti per l'ottenimento della prestazione. Dalla suddetta data, ovvero, se trattasi di liquidazione per scadenza della polizza, dal giorno della scadenza della stessa, decorreranno i 30 giorni previsti per la liquidazione delle prestazioni.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 c.c. le somme dovute da INA ASSITALIA al Contraente o al Beneficiario non sono pignorabili né sequestrabili.

Art. 16 - Revocabilità della proposta

In deroga all'Art.1887 del Codice Civile, la proposta relativa ad un contratto di assicurazione sulla vita é revocabile in qualunque momento prima della conclusione del contratto.

La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione e si effettua a mezzo di lettera raccomandata AR, da inviare ad INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Portafoglio Vita - Via L. Bissolati, 23 - 00187 ROMA. Entro 30 giorni dal ricevimento della citata comunicazione INA ASSITALIA S.p.A. rimborserà al Contraente, per il tramite dell'Agenzia Generale competente, la somma da questi eventualmente corrisposta.

Art. 17 - Diritto di recesso del Contraente

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

Il contratto é concluso nel giorno in cui il Contraente ha ricevuto la polizza da INA ASSITALIA per il tramite dell'Agenzia Generale, ovvero la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte di INA ASSITALIA S.p.A.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione, quale risulta dal timbro postale, da inviare, unitamente alla polizza ed alla quietanza di premio pagata, esclusivamente a mezzo di lettera raccomandata AR ad INA ASSITALIA S.p.A. - Servizio Portafoglio Vita – Via L. Bissolati, 23 - 00187 ROMA. Entro 30 giorni dal ricevimento della citata comunicazione INA ASSITALIA S.p.A. rimborserà al Contraente, per il tramite dell'Agenzia Generale competente, la somma da questi corrisposta.

INA ASSITALIA ha il diritto di recuperare le spese quantificate nella proposta stessa, effettivamente sostenute dalla società per l'emissione del contratto e di cui al successivo Art.18.

Art. 18 - Quantificazione delle spese sostenute in dipendenza della proposta e per l'emissione del contratto

Sia in caso di revoca della proposta che di recesso dal contratto INA ASSITALIA ha il diritto di recuperare le spese effettivamente sostenute dalla Società per l'emissione del contratto, nei limiti di seguito indicati:

Capitale Assicurato	Spese da recuperare		
	Costo Polizza €	Costo Acc. Sanitari €	Totale €
fino ad € 250.000,00	10,00	-	10,00
da € 250.000,01 a € 600.000,00	10,00	371,00	381,00
da € 600.000,01 a € 1.000.000,00	10,00	843,00	853,00
oltre € 1.000.000,01	10,00	933,00	943,00

L'importo delle spese indicato nella tabella sopra riportata costituisce l'importo massimo che potrebbe essere recuperato a carico del Contraente. L'importo effettivamente recuperato potrebbe essere inferiore per tenere conto degli effettivi accertamenti sanitari effettuati.

Qualora sia stato effettuato il test HIV, gli importi di cui sopra verranno maggiorati di € 23,00 per capitali assicurati fino a € 250.000,00 e di € 28,00 per capitali assicurati di importo superiore.

In caso di recesso, per il recupero della parte di premio relativa al rischio corso per il periodo in cui la copertura ha avuto vigore, vengono indicati, nel prospetto qui di seguito riportato, i coefficienti da utilizzare per la determinazione di tale parte di premio.

COSTO PER € 1.000 DI CAPITALE INIZIALE E 30 GG. DI COPERTURA

Classi di età all'effetto della polizza	Solo morte	Morte e invalidità o grave infermità
fino a 50 anni	0,18	0,24
oltre 50 anni	1,30	2,30

Si precisa inoltre che per periodi inferiori a 30 giorni i suddetti coefficienti si riducono proporzionalmente in base all'effettivo intervallo trascorso.

Per tale parte di premio, come sopra determinata, INA ASSITALIA rinuncia, pur avendone diritto, al recupero della stessa qualora sia di importo inferiore a € 52,00.

Art. 19 - Legge regolatrice del rapporto e foro competente

Il presente contratto viene assunto dall'Impresa nello Stato Membro della propria sede legale e nel presupposto che il Contraente abbia in Italia il proprio domicilio abituale (o la residenza abituale) ovvero, se persona giuridica, che abbia in Italia la sede cui si riferisce il contratto.

Stante quanto precede e salvo diverse esprese volontà delle parti, il contratto è regolato dalla legge italiana. Le controversie che dovessero insorgere sull'applicazione del contratto medesimo saranno devolute alla giurisdizione del giudice italiano. Nel caso in cui l'avente diritto alla prestazione sia una persona fisica - consumatore, la competenza spetterà al giudice del luogo di residenza o del domicilio abituale dello stesso.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

FUTURO SICURO

NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI MORTE PER INFORTUNIO

1. Assicurazione complementare di morte per infortunio

Nel caso di morte dell'Assicurato conseguente ad infortunio e sempreché la polizza risulti al corrente con il pagamento del premio, INA ASSITALIA si impegna a pagare ai Beneficiari designati il capitale aggiuntivo assicurato per il caso di morte per infortunio indicato in polizza.

Si intende per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza diretta, entro un anno dal loro verificarsi, la morte dell'Assicurato.

Agli effetti della presente assicurazione complementare, sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:

- dalla partecipazione a corse e gare automobilistiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- da guerra o da torbidi civili, da movimenti tellurici, da alluvioni o da effetti della disintegrazione del nucleo atomico, da partecipazioni a risse, duelli o azioni delittuose, da suicidio comunque e per qualunque circostanza avvenuto;
- dall'uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei. E' tuttavia coperto il rischio di morte per infortunio derivante da voli compiuti dall'Assicurato, in qualità di passeggero, su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea.

L'assicurazione complementare del rischio di morte per infortunio si estingue ed i soprapremi versati dal Contraente restano acquisiti da INA ASSITALIA:

- nel caso di sospensione del pagamento del premio;
- nel caso di risoluzione della assicurazione principale;
- quando sia trascorsa la durata stabilita per il pagamento dei premi relativi all'assicurazione principale;
- al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

Gli aventi diritto sono tenuti a dare avviso ad INA ASSITALIA della morte dell'Assicurato per infortunio fornendo la relativa prova documentale, a consentire tutte le indagini necessarie, nonché autorizzare i medici intervenuti dopo l'infortunio a dare ad INA ASSITALIA tutte le informazioni sul sinistro.

2. Assicurazione complementare morte per infortunio stradale

Nel caso la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio derivante dalla circolazione dei veicoli senza guida di rotaie su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, in quanto destinate indiscriminatamente alla circolazione - ferme restando le condizioni di cui al punto 1.- il capitale aggiuntivo in caso di morte per infortunio viene raddoppiato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
FUTURO SICURO
NORME PER CONTRATTI CON PAGAMENTO PREMI
A MEZZO DELEGA

Per i contratti per i quali il pagamento dei premi avviene a mezzo ritenuta mensile sullo stipendio, salario o pensione del Contraente, a seguito di apposita delega dello stesso rilasciata alla competente Amministrazione (enti, aziende, datori di lavoro vari), a parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, vale quanto segue:

1. la polizza ha efficacia soltanto a condizione che la delega, di cui sopra, sia stata accettata dall'Amministrazione delegata, che la prima ritenuta di premio sia stata effettuata e che sia stato ritirato l'originale della polizza stessa. Pertanto, qualora la morte dell'Assicurato si verifichi prima dell'adempimento delle suddette formalità, INA ASSITALIA si impegna a restituire agli aventi diritto soltanto gli importi eventualmente incassati;
2. non vengono rilasciate quietanze per i pagamenti in quanto dell'avvenuta corresponsione dei premi fanno fede le scritture contabili dell'Amministrazione delegata e quelle di INA ASSITALIA;
3. il Contraente riconosce che qualora durante il periodo contrattuale si verifichi, per qualsiasi motivo, una sospensione od interruzione della ritenuta con conseguente sospensione od interruzione del versamento dei premi ad INA ASSITALIA, egli è tenuto ad inviare alla Sede Legale di INA ASSITALIA, nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione, le rate di premio non trattenute dall'Amministrazione delegata;
4. in caso di revoca della delega, vengono automaticamente ripristinate tutte le norme relative al pagamento dei premi di cui alle Condizioni di Assicurazione. Il delegante può revocare la delega tramite comunicazione indirizzata all'Amministrazione delegata e solo per conoscenza all'Agenzia Generale INA ASSITALIA competente. La revoca avrà effetto dal mese successivo a quello della comunicazione, senza necessità di alcuna autorizzazione o assenso da parte dell'Agenzia Generale che amministra il contratto e/o di INA ASSITALIA S.p.A.;
5. il Contraente prende atto che, in sede di liquidazione della polizza stessa, si tiene conto di eventuali modifiche o variazioni di imposte erariali applicate ai premi corrisposti per delega.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - FUTURO SICURO

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Valida solo per soggetti persone fisiche

(ex L. 214/2011 le norme privacy non si applicano alle persone giuridiche, enti, associazioni)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società INA ASSITALIA S.p.A. e l'Agenzia Generale indicata in proposta, in qualità di autonomi titolari di trattamento, intendono acquisire o già detengono dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari¹, al fine di fornire i servizi assicurativi² da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti³, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁴.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁵ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁶.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere informazioni in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi:

- ad INA ASSITALIA S.p.A. – Responsabile ex art. 7 D.Lgs. 196/2003 è Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia Via Leonida Bissolati n.23, 00187 Roma, tel. 06/4722.4865 fax 041.2593999. Il sito www.inaassitalia.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili
- all'Agenzia Generale indicata in proposta.

Sulla base di quanto sopra, con la dichiarazione resa nel modulo di proposta Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società e dall'Agenzia Generale, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

¹ L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

² Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

³ Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario, nonché banche dati consultabili in fase preassuntiva o assuntiva.

⁴ I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM, fondi pensione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, pignoratori, vincolatori, società del Gruppo e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. In particolare i Suoi dati potranno essere comunicati alla Capogruppo Assicurazioni Generali e ai suoi fiduciari per finalità di valutazione del rischio, di liquidazione del contratto, di coassicurazione e riassicurazione, nonché a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria tra cui Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, concessionarie per la riscossione dei tributi.

⁵ Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.

⁶ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

GLOSSARIO

FUTURO SICURO

Appendice

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

Assicurato

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

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

Vedi "Costi".

Cessione, pegno e vincolo

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

Compagnia

Vedi "Società".

Conclusione del contratto

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

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

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

Contraente

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

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

Costi di emissione

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del contraente per l'emissione del contratto.

Costi gravanti sul premio

Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi della società.

Decorrenza della garanzia

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

Detraibilità fiscale (del premio versato)

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

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

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

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età assicurativa

Età dell'assicurato, espressa in anni interi, ad una data di riferimento, arrotondando per eccesso le eventuali frazioni di anno superiori a sei mesi.

Fascicolo informativo

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

- Nota informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di proposta.

Garanzia complementare (o accessoria)

Garanzia di puro rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

Garanzia complementare infortuni

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

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario.

Impignorabilità e insequestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla società al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva

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

Impresa di assicurazione

Vedi "Società".

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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 assicurata..

Invalidità permanente

Perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Pegno

Vedi "Cessione".

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Polizza

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

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 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 società applica una maggiorazione, ossia i cosiddetti interessi di frazionamento.

Premio unico

Importo che il contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

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 società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di adeguatezza

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

Proposta

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

Questionario sanitario

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

Quietanza

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

Recesso

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.

Riattivazione

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

Ricorrenza annuale

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

Riduzione

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto

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

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 società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

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

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

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

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Società di revisione

Società diversa dalla società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Sostituto d'imposta

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

Sovrappremio

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

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Vincolo

Vedi "Cessione".

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco.



PROPOSTA di ASSICURAZIONE - Prodotti a PREMIO ANNUO

AGENZIA GENERALE **Codice**

SUB AGENZIA **Codice** **Zona di incasso**

N° Proposta **Codice Prova** **Data sottoscrizione** **Convenzione / MYClub** **Codice**

Barrare il codice del prodotto desiderato

Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice
SETTE Basic	07C09	SETTE Basic CLIENT	7C09C	SETTE Massima	07S09	SETTE Massima CLIENT	7S09C
Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice
FUTURO TRE Basic	03C09	FUTURO TRE Massima	03S09	VALEDUE Base	31C09	VALEDUE Massima	31S09
Prodotto	Codice	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	
FUTURO SICURO	11NT	11IT	FUTURO SICURO MYClub	11TMA	FUTURO SICURO - Speciale Convenzioni	11TMA	
Prodotto	Codice	Se prevista dal prodotto	Proposta raccolta in regime di L.P.S.	VINCOLO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRASFORMAZIONE <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE / ASSICURANDO

PERSONA: FISICA NON FISICA

(Se è persona non fisica riempire solo gli spazi con contorno in grassetto nonché le parti "Legale Rappresentante/Delegato ad operare" e "Titolare Effettivo")

Codice **Cognome o denominazione** **Nome** **Sesso** M F

Comune di nascita / Sede legale **Codice** **Prov.** **Data di nascita o costituzione** **Codice Fiscale**

Comune o stato estero di residenza / Sede Legale **C.A.P.** **Prov.** **Indirizzo** **N. civ.** **Recapito telefonico**

Cellulare **Indirizzo e-mail** **Altri recapiti utili**

Comune o stato estero di domicilio
(solo se diverso dalle residenza e se persona fisica) **C.A.P.** **Prov.** **Indirizzo** **N. civ.** **Cittadinanza**

Tipo documento **N° documento** **Luogo di nascita** **Rilasciato da** **Data di rilascio**

Settore attività (1a) **Professione (1a)** **Area Professione** Privato Pubblico

Forma Giuridica **Sottogruppo (1b)** **Codice** **Ramo/Gruppo (1b)** **Codice**

Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e) SI NO **Recapito contratto - Indirizzo** **N. civ.** **Comune** **C.A.P.** **Prov.**

LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE / DELEGATO AD OPERARE (1c)

Codice **Cognome** **Nome** **Sesso** M F

Comune di nascita **Prov.** **Data di nascita** **Codice Fiscale**

Comune di residenza **C.A.P.** **Prov.** **Indirizzo** **N. civ.**

Tipo documento **N° documento** **Luogo di rilascio** **Rilasciato da** **Data di rilascio**

Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e) SI NO **Settore Attività (1a)** **Professione (1a)** **Area Professione** Privato Pubblico

TITOLARE EFFETTIVO (da non compilare se coincide con il Legale Rappresentante / Delegato ad operare) (1d)ESISTE IL TITOLARE EFFETTIVO (1d) SI NONUMERO DI TITOLARI EFFETTIVI (1f) 1 Più di 1

Codice	Cognome	Nome	Sesso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio	Rilasciato da	Data di rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e)	Settore Attività (1a)	Professione (1a)	Area Professione	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico	

(1a) Tabella Professioni/Settori Attività

(1b) Tabella Attività Economiche

(1c) Delegato ad operare: il soggetto che opera in nome e per conto del Contraente

(1d) Vedere Informativa sul Titolare Effettivo riportata a pag. 8 della presente proposta

(1e) Vedere Informativa sulle Persone Politicamente Esposte riportata a pag. 8 della presente proposta

(1f) Nel caso di presenza di più di un Titolare Effettivo compilare e sottoscrivere l'apposito modulo aggiuntivo

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO**A1. OBIETTIVI ASSICURATIVI / PREVIDENZIALI (Obbligatoria)**

Indicare, fra le seguenti, la prevalente esigenza assicurativa che si intende perseguire mediante la sottoscrizione del contratto cui si riferisce la presente proposta.

<input type="checkbox"/>	Previdenza/Pensione integrativa	<input type="checkbox"/>	Protezione	<input type="checkbox"/>	Investimento/Risparmio
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------------

A2. ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI / FINANZIARI DETENUTI (Obbligatoria)

Indicare eventuali contratti assicurativi/finanziari già sottoscritti, specificandone la finalità, l'importo complessivo dei relativi versamenti annui e/o eventuali importi già versati in unica soluzione.

<input type="checkbox"/>	Nessuno	<input type="checkbox"/>	Previdenza/Pensione integrativa	<input type="checkbox"/>	Protezione	<input type="checkbox"/>	Investimento/Risparmio
--------------------------	---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------------

A2.1 VERSAMENTI SU CONTRATTI DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO A2. (Non obbligatoria)

di cui annui:	<input type="checkbox"/> fino a 1.000,00 euro	di cui unici:	<input type="checkbox"/> fino a 20.000,00 euro
	<input type="checkbox"/> oltre 1.000,00 e fino a 5.000,00 euro		<input type="checkbox"/> oltre 20.000,00 e fino a 50.000,00 euro
	<input type="checkbox"/> oltre 5.000,00 euro		<input type="checkbox"/> oltre 50.000,00 euro

B. ORIZZONTE TEMPORALE (Obbligatoria)

Indicare il periodo al termine del quale ci si aspetta di conseguire almeno parzialmente gli obiettivi perseguiti col contratto, tenuto conto della relativa durata prefissata.

<input type="checkbox"/>	Lungo (oltre 10 anni)	<input type="checkbox"/>	Medio (da 6 a 10 anni)	<input type="checkbox"/>	Breve (fino a 5 anni)
--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

C. PROPENSIONE AL RISCHIO DEL CONTRATTO (Obbligatoria)

Indicare la propensione al rischio e conseguentemente le aspettative di rendimento finanziario relativamente al contratto proposto.

<input type="checkbox"/>	BASSO RISCHIO (scarsa disponibilità ad accettare oscillazioni anche contenute del valore dell'investimento nel tempo; preferenza verso forme di garanzia di restituzione del capitale e/o di rendimento minimo)
<input type="checkbox"/>	MEDIO RISCHIO (disponibilità ad accettare modeste oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo)
<input type="checkbox"/>	ALTO RISCHIO (disponibilità ad accettare possibili forti oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo; aspettativa di una elevata rivalutazione del capitale investito in linea con un'alta propensione al rischio, tenuto conto della durata contrattuale o dell'orizzonte temporale consigliato)

D. ESIGENZE DI LIQUIDITÀ (Obbligatoria)

Indicare la possibilità di incorrere in esigenze di liquidità tali da comportare la sospensione del piano dei versamenti o l'interruzione anticipata del rapporto contrattuale mediante il disinvestimento prima della scadenza prefissata.

<input type="checkbox"/>	BASSA eventualità di avere esigenze di liquidità tali da interrompere il rapporto assicurativo prima della scadenza contrattuale	<input type="checkbox"/>	ALTA eventualità di avere esigenze di liquidità tali da interrompere il rapporto assicurativo prima della scadenza contrattuale
--------------------------	---	--------------------------	--

E. CAPACITÀ DI RISPARMIO (Obbligatoria per le persone fisiche)

Indicare la propria capacità media annua di risparmio per consentire di verificare la congruità rispetto all'impegno di versamento previsto dal contratto.

<input type="checkbox"/>	BASSA (fino a 5.000,00 euro all'anno)	<input type="checkbox"/>	MEDIA (oltre 5.000,00 e fino a 15.000,00 euro all'anno)	<input type="checkbox"/>	ALTA (oltre 15.000,00 euro all'anno)
--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---

F. NUCLEO FAMILIARE / REDDITO / ESPOSIZIONE FINANZIARIA

La valutazione della capacità di risparmio deve tener conto della situazione patrimoniale e reddituale complessiva al netto di eventuali impegni finanziari già assunti. Per agevolare tale valutazione fornire le informazioni di seguito riportate.

Reddito annuo variabile o inc sicuro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	obbligatoria per le persone fisiche
Numero di persone componenti nucleo familiare		Di cui a carico	obbligatoria per le persone fisiche
Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)	<input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> fino a 1.000,00 euro <input type="checkbox"/> oltre 1.000,00 e fino a 5.000,00 euro <input type="checkbox"/> oltre 5.000,00 euro		obbligatoria per le persone fisiche
Reddito annuo complessivo	<input type="checkbox"/> fino a 20.000,00 euro <input type="checkbox"/> oltre 20.000,00 e fino a 50.000,00 euro <input type="checkbox"/> oltre 50.000,00 euro		non obbligatoria

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI VOLER FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE NEL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA

Il Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel *Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto*, o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione del contratto stesso alle proprie esigenze assicurative.

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il Consulente Assicurativo dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la presente proposta determina l'emissione di un contratto che non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle esigenze assicurative/finanziarie del Contraente.

Il Contraente dichiara altresì di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati.

Firma del Consulente Assicurativo

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

MOTIVI DI INADEGUATEZZA

1. Contratto non conforme agli obiettivi espressi

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

2. Contratto non conforme alle esigenze assicurative/finanziarie espresse dal Contraente in proposta

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

3. Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

ASSICURANDO (da compilare se diverso dal Contraente)

Codice	Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune o stato estero di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		N. civ.	Cittadinanza
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI TECNICI

Data effetto	Durata (*) Anni	Capitale assicurato (*) (Euro)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) Il prodotto 11TMA prevede solo durata 10, 15, 20, ed il capitale assicurato deve essere compreso tra 30.000,00 e 200.000,00 euro

Premio rateato (**) Euro.....	Rateazione del Premio Annuo
(**) Comprensivo di eventuali interessi di frazionamento e soprapremi.	ann. <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> quadr. <input type="checkbox"/> trim. <input type="checkbox"/> bim. <input type="checkbox"/> mens. <input type="checkbox"/>

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI (solo se previste dal prodotto)

INFORTUNIO	1) INFORTUNIO SEMPLICE E INFORTUNIO STRADALE <input type="checkbox"/>	2) INFORTUNIO SEMPLICE <input type="checkbox"/>	
INVALIDITÀ	1) ESONERO PAGAMENTO PREMI <input type="checkbox"/>	2) RENDITA MASSIMA <input type="checkbox"/>	3) TEMPORANEA <input type="checkbox"/> Euro..... CASO MORTE CAPITALE DECRESCENTE

PAGAMENTO IN PROPOSTA DELL'IMPORTO CORRISPONDENTE ALLA PRIMA RATA DI PREMIO

Qualora il Proponente, nel sottoscrivere la presente proposta, corrisponda un importo equivalente a quello del primo premio, il versamento si intende effettuato ad esclusivo titolo di deposito provvisorio in attesa della accettazione della proposta da parte della Società. Il suddetto versamento dovrà avvenire mediante assegno non trasferibile intestato all'Agenzia Generale INA ASSITALIA S.p.A. indicata nel frontespizio della presente proposta.

Il versamento eseguito in sede di proposta comporta - ai soli fini economici e finanziari - che la decorrenza del contratto - successivamente emesso da INA ASSITALIA S.p.A. - una volta perfezionato sia quella del medesimo giorno del versamento, salvo che le Condizioni di Assicurazione, valevoli per determinate tipologie contrattuali, non fissino una data di effetto prestabilita, unica per tutta la tipologia considerata. In ogni caso l'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto dal momento in cui il Proponente abbia ricevuto l'originale di polizza e la quietanza definitiva emessa dalla Direzione Generale a fronte del versamento eseguito in sede di proposta.

Qualora la polizza preveda una data di effetto posteriore rispetto a quella in cui vengono espletati i suddetti adempimenti, l'assicurazione entra in vigore dalla sopra menzionata data di effetto.

Una volta che la polizza sia stata emessa, il pagamento dei premi dovrà tassativamente avvenire secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo contro il rilascio di regolare quietanza emessa dalla Direzione Generale dell'INA ASSITALIA, ed apposizione di data e firma da parte dell'incaricato alla riscossione.

TIPO (1)	IBAN (Coordinate Bancarie)																		
	Prefisso IBAN				CIN	Cod. ABI				Cod. CAB				Numero C/C					

(1) (AB) ASSEGNO BANCARIO (AC) ASSEGNO CIRCOLARE (AP) ASSEGNO/VAGLIA POSTALE

BANCA	IMPORTO IN EURO

Sulla prima rata di premio è dovuto un costo polizza specificato in Nota Informativa.

PAGAMENTO A MEZZO MOD. DP130 DA COMPILARE A CURA DELL'AGENZIA GENERALE

N. DP130	IMPORTO IN EURO	DATA VERSAMENTO	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero (a cura dell'Agenzia Generale)

PAGAMENTO PREMI SUCCESSIVI

Tipo Pagamento

Quietanza Delega Premi successivi: RID Banco Posta Altro

Codice fiscale dell'Amministrazione delegata

Amministrazione delegata

R.I.D. - autorizzazione permanente di addebito in c/c

Banca del Debitore:
Banca Agenzia

Coordinate dell'Azienda Creditrice:
Cod. Aziendale Sia Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore

Coordinate bancarie del conto corrente da addebitare:
Cod. Paese | CIN | IBAN | CIN | ABI | CAB | Numero Conto Corrente

A	K	U	V	R															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Soggetto Pagante: Contraente Assicurando

ADESIONE:

Il Sottoscrittore autorizza la Banca a margine ad addebitare sul c/c indicato, a partire dalla prima rata successiva al perfezionamento del contratto e nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del Creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice su riportate (o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il Sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro la data di scadenza dell'obbligazione o entro quella eventualmente prorogata a termini di legge e/o di contratto; prende altresì atto che la registrazione contenuta nell'estratto conto bancario del c/c indicato, che si impegna a conservare, vale come quietanza ed attesta per la Compagnia l'avvenuto pagamento delle rate di premio del sopra specificato Contratto. Le parti hanno facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta. Il Sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto fra le parti, o comunque rese pubbliche presso gli sportelli della banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi" a suo tempo sottoscritte dalle parti.

Firma del Sottoscrittore

BENEFICIARI (in caso di designazione nominativa indicare cognome, nome, luogo e data di nascita)

CASO VITA:

CASO MORTE:

NOTIZIE PER LA TRASFORMAZIONE DA COMPILARE A CURA DELL'AGENZIA GENERALE (se prevista dal contratto)

N. POLIZZA DA TRASFORMARE*	Cod. prova	ULTIMA RATA DI PREMIO PAGATA	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero	ULTIMA RATA INTERESSI PRESTITO PAGATA	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero

* Allegare gli originali delle polizze da trasformare richieste dal Contraente

OPZIONE IN RENDITA PREVISTA DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (esercitabile solo se prevista dal prodotto)

Si intende esercitare sin da ora l'opzione per la liquidazione alla scadenza della polizza di una rendita vitalizia in luogo del capitale? SI NO

N.B. Qualora venga esercitata l'opzione in rendita di cui sopra, al perfezionamento della polizza verrà comunicato il relativo coefficiente di conversione, il quale non subirà alcuna variazione e sarà applicato in sede di accensione della rendita; in caso di ripensamento sarà invece liquidato il capitale assicurato alla scadenza, senza applicazione di alcuna penalizzazione.

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare



QUESTIONARI

AVVERTENZE RELATIVE AI QUESTIONARI

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

QUESTIONARIO SULLE OCCUPAZIONI E ATTIVITÀ DELL'ASSICURANDO

- 1) OCCUPAZIONE PRINCIPALE
- 2) a) PER L'OCCUPAZIONE INDICATA È A CONTATTO CON ALTA TENSIONE, SOSTANZE RADIOATTIVE, INFIAMMABILI, ESPLODENTI, VELENOSE O COMUNQUE NOCIVE ALLA SALUTE, OVVERO SALE SU TRALICCI, PONTEGGI O SUPPORTI ANALOGHI? SI NO
- b) PRATICA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ: IMMERSIONE, ALPINISMO, EQUITAZIONE CON GARE, PUGILATO, GARE AUTOMOBILISTICHE (ANCHE GO-KART) E/O MOTOCICLISTICHE, PARACADUTISMO, DELTAPLANO, CICLISMO PROFESSIONISTICO (O DILETTANTISTICO DIETRO MOTO), MOTONAUTICA CON GARE O PROFESSIONISTICA, KAJAK, RUGBY, SCI ACQUATICO CON GARE, VELA D'ALTURA CON GARE, ARTI MARZIALI COME PROFESSIONISTA O ISTRUTTORE, LOTTA COME PROFESSIONISTA, SPELEOLOGIA, VOLO? SI NO
- N.B.: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA PRECISARE NELLO SPAZIO "ANNOTAZIONI" QUANT'ALTRO POSSA OCCORRERE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ES. PROFONDITÀ O ALTEZZA RAGGIUNTE, MEZZI UTILIZZATI, ECC.)
- 3) QUALORA COMPIA VOLI IN QUALITÀ DI PILOTA O MEMBRO DELL'EQUIPAGGIO DESIDERA LA COPERTURA DEL RELATIVO RISCHIO? SI NO
- N.B.: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA COMPILARE L'APPOSITO QUESTIONARIO

ANNOTAZIONI:

.....

.....

.....

QUESTIONARIO SANITARIO

1) COSTITUZIONE ALTEZZA CM. PESO KG. PRESSIONE ARTERIOSA MAX MIN.

					codifica		Data
2) a) In ordine alla presente proposta l'Assicurando dichiara di essersi sottoposto al test HIV. In caso affermativo allegare l'esito in busta chiusa. <small>N.B. Qualora l'Assicurando non aderisca all'invito di sottoporsi al test HIV troveranno applicazione le condizioni di carenza, previste dalle Condizioni di Assicurazione.</small>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
3) a) L'Assicurando è fumatore? In caso affermativo specificare la quantità giornaliera.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	03	a	00	Quantità giornaliera	dal
b) Beve abitualmente più di un litro di vino al giorno o altre bevande alcoliche e/o fa uso in modo continuativo di superalcolici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	03	b	00	Quantità giornaliera	dal
4) a) Indicare le generalità del medico di base (A.S.L.)			04	a	00	Generalità	
b) È seguito da altri medici? Se sì indicare il nome:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	04	b	00		
5) Ha sofferto o soffre di malattie:					codifica	patologia	in atto dal
a) dell'apparato respiratorio anche se su base allergica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	05	a	01	bronchite cronica	
			05	a	02	enfisema	
			05	a	04	altre	
b) dell'apparato cardiovascolare?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	05	b	01	angina pectoris	
			05	b	02	infarto	
			05	b	03	ipertensione arteriosa	
			05	b	04	cardiopatie	
			05	b	05	disturbi del ritmo	
			05	b	06	arteriopatie	
			05	b	07	varici	
			05	b	09	altre	
c) dell'apparato digerente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	05	c	01	ulcera gastrica	
			05	c	02	ulcera duodenale	
			05	c	03	rettocolite ulcerosa	
			05	c	04	epatite virale	
			05	c	05	cirrosi epatica	
			05	c	06	pancreatite	
			05	c	08	altre	

			codifica	patologia	in atto dal	guarito dal
d) del sistema nervoso e/o malattie psichiatriche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 d 01	epilessia		
			05 d 02	nevrosi		
			05 d 03	sindromi depressive		
			05 d 04	psicosi		
			05 d 06	altre		
e) del sistema endocrino e neuroendocrino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 e 01	diabete mellito		
			05 e 02	diabete mellito in tratt. insulinico		
			05 e 03	malattie della tiroide		
			05 e 04	malattie dell'ipofisi		
			05 e 05	malattie del surrene		
			05 e 07	altre		
f) ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato urinario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 f 01	calcolosi renale		
			05 f 02	rene policistico		
			05 f 03	glomerulo-nefrite		
			05 f 06	altre		
g) del sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 g 01	anemia		
			05 g 02	anemia mediterranea		
			05 g 03	emofilia		
			05 g 05	altre		
h) dell'apparato osteo articolare e del tessuto muscolare o del connettivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 h 01	artrite reumatoide		
			05 h 02	artrosi		
			05 h 03	ernia discale		
			05 h 04	lupus eritematoso sistemico (LES)		
			05 h 05	dermatomiosite		
			05 h 06	altre		
i) degli organi di senso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 i 01	miopia		
			05 i 02	strabismo		
			05 i 03	glaucoma		
			05 i 04	cataratta		
			05 i 05	distacco della retina		
			05 i 06	otite		
			05 i 07	mastoidite		
			05 i 08	otosclerosi		
			05 i 09	Sindrome di Meniere		
			05 i 11	altre		
l) della pelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 l 01	psoriasi		
			05 l 02	pemfigo		
			05 l 05	altre		
m) dell'apparato genitale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 m 01	ipertrofia prostatica		
			05 m 02	altre		
per le donne: malattia delle mammelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 m 03	mastopatie		
n) è affetto da malattie tumorali e/o neoplastiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 n 00			
o) è affetto da malattie genetiche/congenite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 o 00			
p) altre patologie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		05 p 00			
6) a) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		06 a 00	Tipo di sostanza	Periodo	
					dal	al
7) a) È stato sottoposto a chemio e/o cobalto e/o radio terapia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		07 a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
					dal	al
8) a) Ha mai fatto o fa uso di farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		08 a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
					dal	al
b) Ha mai fatto o fa uso di farmaci per altre malattie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		08 b 00			
9) a) È mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, anche in regime di Day Hospital?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		09 a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
						dal

10) a) Sono state rilevate alterazioni e/o malattie attraverso accertamenti diagnostici? In caso affermativo indicare gli esami eseguiti.	SI	NO	codifica			patologia	
			10	a	00	Esami eseguiti - Tipologia della malattia	Data

Il sottoscritto Assicurando espressamente conferma, sotto la propria responsabilità, che, oltre a quanto sopra dichiarato, non soffre di alcuna altra malattia per la quale sia in corso il relativo trattamento e di non essere in attesa di conoscere gli esiti di accertamenti clinico-strumentali ai quali eventualmente si sia sottoposto.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il sottoscritto Assicurando dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato e tutte le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali l'INA ASSITALIA S.p.A. dovesse in ogni tempo rivolgersi, acconsentendo inoltre che le informazioni raccolte siano dalla Società comunicate ad altre persone o enti limitatamente alle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Dichiara, inoltre, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ad ogni singola domanda del questionario sono complete, veritiere ed esatte che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in ordine al questionario stesso sulla base del quale verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione.

Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poichè in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio. Pertanto, qualora le stesse risultassero non veritiere, la polizza sarà annullabile ai sensi dell'art. 1892 C.C. e delle condizioni contrattuali, senza diritto alla restituzione dei premi corrisposti.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO

FIRMA DEL CONTRAENTE

o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

SPAZIO RISERVATO AI CONSULENTI ASSICURATIVI

CODICE PRODUKT.	COMB.NE PRODUKT.	COGNOME E NOME (in stampatello)	FIRMA

FIRMA DEL CONSULENTE ASSICURATIVO SIG. CHE HA RICEVUTO LA PRESENTE PROPOSTA FACENTE FEDE DELLA CORRETTA COMPILAZIONE E DELL'IDENTIFICAZIONE PERSONALE DEI FIRMATARI ANCHE AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO.

FIRMA

L'AGENTE GENERALE

REVOCA E RECESSO

LA PRESENTE PROPOSTA PUÒ ESSERE REVOCATA FINCHÈ IL CONTRATTO NON SIA CONCLUSO ED INOLTRE IL CONTRAENTE PUÒ RECEDERE DAL CONTRATTO OGGETTO DELLA PRESENTE PROPOSTA ENTRO TRENTA GIORNI DALLA SUA CONCLUSIONE.

IL CONTRATTO È CONCLUSO NEL GIORNO IN CUI IL CONTRAENTE HA RICEVUTO LA POLIZZA DALLA SOCIETÀ PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE DI COMPETENZA, OVVERO LA COMUNICAZIONE DELL'ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA DA PARTE DELL'INA ASSITALIA S.p.A.. IL RECESSO E/O LA REVOCA HA L'EFFETTO DI LIBERARE ENTRAMBE LE PARTI DA QUALSIASI OBBLIGAZIONE A DECORRERE DALLE ORE 24 DEL GIORNO DI SPEDIZIONE DELLA COMUNICAZIONE, QUALE RISULTA DAL TIMBRO POSTALE, DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO RACCOMANDATA A.R. ALL'INA ASSITALIA S.p.A. - SERVIZIO PORTAFOGLIO VITA - VIA BISSOLATI, 23 - 00187 ROMA. ENTRO 30 GG. DAL RICEVIMENTO DELLA COMUNICAZIONE L'INA ASSITALIA S.p.A. RIMBORSERÀ AL CONTRAENTE PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE COMPETENTE LA SOMMA EVENTUALMENTE DA QUESTI CORRISPOSTA.

IN CASO DI RECESSO DAL CONTRATTO L'INA ASSITALIA S.p.A. HA IL DIRITTO DI RECUPERARE LE SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO, COME MEGLIO SPECIFICATO NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E CIOÈ: PER UN CAPITALE ASSICURATO (O DA ASSICURARE) FINO AD EURO 250.000,00, EURO 10,00, PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 250.000,00 E FINO AD EURO 600.000,00, EURO 381,00; PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 600.000,00 E FINO AD EURO 1.000.000,00, EURO 853,00; PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 1.000.000,00, EURO 943,00. QUALORA SIA STATO EFFETTUATO IL TEST HIV, GLI IMPORTI DA RECUPERARE VERRANNO MAGGIORATI DI EURO 23,00 PER CAPITALI ASSICURATI FINO AD EURO 250.000,00 E DI EURO 28,00 PER CAPITALI ASSICURATI DI IMPORTO SUPERIORE. IN CASO DI RECESSO L'INA ASSITALIA S.p.A. RECUPERERÀ INOLTRE LA PARTE DI PREMIO RELATIVA AL PERIODO IN CUI IL CONTRATTO HA AVUTO CORSO LIMITATAMENTE AL COSTO DELLA COPERTURA DEL RISCHIO.

DICHIARAZIONI

IL SOTTOSCRITTO (I SOTTOSCRITTI) DICHIARA (DICHIARANO):

- AI FINI DEL D.LGS. 231/2007 E S.M.I., CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE DERIVANTE DA MENDACI AFFERMAZIONI IN TALE SEDE, CHE I DATI RIPORTATI NELLA PRESENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE CORRISPONDONO AL VERO E ALTRESÌ DICHIARA DI AVER FORNITO OGNI INFORMAZIONE DI CUI È A CONOSCENZA ANCHE RELATIVAMENTE AL TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO CONTINUATIVO.
- CHE LA PROPOSTA STESSA E IL FASCICOLO INFORMATIVO COSTITUISCONO LA BASE PER IL CONTRATTO DA STIPULARSI E NE FORMANO PARTE INTEGRANTE.
- CHE NON HA (HANNO) TACIUTO, OMESSO O ALTERATO ALCUNA CIRCOSTANZA IN RAPPORTO AI QUESTIONARI CHE PRECEDONO.
- DI PRENDERE ATTO CHE L'ASSICURAZIONE ENTRA IN VIGORE ED HA EFFICACIA, CON LA CONSEGUENTE PIENA COPERTURA ASSICURATIVA, SECONDO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DAL MOMENTO IN CUI IL CONTRAENTE ABBIA RITIRATO L'ORIGINALE DI POLIZZA E SIA STATA PAGATA LA PRIMA RATA DI PREMIO CONVENUTA; QUALORA POI LA POLIZZA PREVEDA UNA DATA DI EFFETTO POSTERIORE A QUELLA IN CUI VENGONO ESPLETATE LE MENZIONATE FORMALITÀ, L'ASSICURAZIONE ENTRA IN VIGORE DALLA SUDETTA DATA DI EFFETTO.
- DI AVER COMPILATO PERSONALMENTE LA PRESENTE PROPOSTA COMPOSTA DA N. 8 (OTTO) PAGINE E, IN PARTICOLARE OVE RICHIESTO, LE PAGINE 5, 6 E 7 RELATIVE AL QUESTIONARIO - DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ASSICURANDO/A.
- CONFERMA (CONFERMANO) INOLTRE LA PROPRIA RESIDENZA INDICATA NELLA PRESENTE PROPOSTA.

FIRMA DEL CONTRAENTE
o Legale Rappresentante/Delegato ad operare

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ O DEL TUTORE PER
ASSICURANDI MINORENNI OD INCAPACI

IL SOTTOSCRITTO (I SOTTOSCRITTI) DICHIARA (DICHIARANO) DI APPROVARE, SPECIFICAMENTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 C.C., LE SOTTO INDICATE CONDIZIONI E NORME DI ASSICURAZIONE LADDOVE APPLICATE:

- CONDIZIONI RIGUARDANTI LA RIATTIVAZIONE;
- CONDIZIONI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DEL RISCHIO MORTE PER INFORTUNIO;
- CONDIZIONI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DEL RISCHIO INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE;
- NORME CARENZA AIDS, VALIDE OVE L'ASSICURATO RIFIUTI DI SOTTOPORSI AL TEST HIV.

FIRMA DEL CONTRAENTE
o Legale Rappresentante/Delegato ad operare

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ O DEL TUTORE PER
ASSICURANDI MINORENNI OD INCAPACI

IL CONTRAENTE DICHIARA CHE GLI È STATO PREVENTIVAMENTE CONSEGNATO IL FASCICOLO INFORMATIVO (CODICE MIDV ___ __ DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO ___ / ___ / ___) ATTINENTE AL CONTRATTO CHE VERRÀ EMESSO E REDATTO SECONDO LE PRESCRIZIONI ISVP, CONTENENTE LA SCHEDA SINTETICA (NON PRESENTE NEI CONTRATTI DI PURO RISCHIO), LA NOTA INFORMATIVA, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, EVENTUALMENTE COMPRENSIVE DEL REGOLAMENTO DELLA GESTIONE INTERNA SEPARATA, IL GLOSSARIO ED IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA. DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO COGNIZIONE DEL RELATIVO CONTENUTO E DI ACCETTARLO.

DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.Lgs. 196/2003)

Presa visione dell'Informativa Privacy riportata all'interno delle Condizioni di Assicurazione del presente Fascicolo Informativo ai sensi del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il Contraente e l'Assicurando (se diverso dal Contraente) acconsentono al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - che li riguardano effettuato dalla Società INA ASSITALIA S.p.A. e dall'Agenzia Generale, alla loro comunicazione ai soggetti indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

INFORMATIVA

INFORMATIVA sulle definizioni di Titolare Effettivo e Persona Politicamente Esposta, ai sensi del D.Lgs. n° 231 del 21 Novembre 2007 e s.m.i.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 2 - Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.
(Rif. art. 1, co. 2, lett. u D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

1. la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purchè non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;

2. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni o di istituti giuridici quale i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

1. se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;

2. se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;

3. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, co. 2, lett. u D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Le persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o in Stati extracomunitari che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tale persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto (D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.).

Art. 1 - Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.
(Rif. art. 1, co. 2, lett. o D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:

a) i capi di Stato, i capi di governo, i ministri e i vice ministri o sottosegretari;

b) i parlamentari;

c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;

d) i membri delle corti dei conti e dei consigli di amministrazione della banche centrali;

e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;

f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

a) il coniuge;

b) i figli e i loro coniugi;

c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;

d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;

b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

DEFINIZIONE DI CLIENTE E OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 1, co. 2, lett. e D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Il soggetto che instaura rapporti continuativi o compie operazioni con i destinatari indicati agli articoli 11 e 14, ovvero il soggetto al quale i destinatari indicati agli articoli 12 e 13 rendono una prestazione professionale in seguito al conferimento di un incarico.

Art. 21 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare



PROPOSTA di ASSICURAZIONE - Prodotti a PREMIO UNICO

AGENZIA GENERALE

[]		Codice	[]
-----	--	--------	-----

SUB AGENZIA

[]		Codice	[]	Zona di incasso	[]
-----	--	--------	-----	-----------------	-----

N° Proposta	[]	Codice Prova	[]	Data sottoscrizione	[]	Convenzione / MYClub	[]	Codice	[]
-------------	-----	--------------	-----	---------------------	-----	----------------------	-----	--------	-----

Barrare il codice del prodotto desiderato

Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice
PATRIMONIO PROTETTO	3UIN	OTTIMA LINEA EUROFORTE MERCATI	3UBEM	OTTIMA MYClub	24UEM

Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Prodotto	Codice	Codice
OTTIMA LINEA GARANTITA	2UBEF	OTTIMA LINEA GARANTITA E IMMOBILIARE	3UZR	FUTURO SICURO	11UT	11IUT

Prodotto	Codice	Se prevista dal prodotto	Proposta raccolta in regime di L.P.S.	VINCOLO
[]	[]	TRASFORMAZIONE <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE / ASSICURANDO

PERSONA: FISICA NON FISICA

(Se è persona non fisica riempire solo gli spazi con contorno in grassetto nonché le parti "Legale Rappresentante/Delegato ad operare" e "Titolare Effettivo")

Codice	Cognome o denominazione	Nome	Sesso
[]	[]	[]	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Comune di nascita / Sede legale	Codice	Prov.	Data di nascita o costituzione	Codice Fiscale
[]	[]	[]	[]	[]

Comune o stato estero di residenza / Sede Legale	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Recapito telefonico
[]	[]	[]	[]	[]	[]

Cellulare	Indirizzo e-mail	Altri recapiti utili
[]	[]	[]

Comune o stato estero di domicilio (solo se diverso dalle residenza e se persona fisica)	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Cittadinanza
[]	[]	[]	[]	[]	[]

Tipo documento	N° documento	Luogo di nascita	Rilasciato da	Data di rilascio
[]	[]	[]	[]	[]

Settore attività (1a)	Professione (1a)	Area Professione
[]	[]	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico

Forma Giuridica	Sottogruppo (1b)	Codice	Ramo/Gruppo (1b)	Codice
[]	[]	[]	[]	[]

Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e)	Recapito contratto - Indirizzo	N. civ.	Comune	C.A.P.	Prov.
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	[]	[]	[]	[]	[]

LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE / DELEGATO AD OPERARE (1c)

Codice	Cognome	Nome	Sesso
[]	[]	[]	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale
[]	[]	[]	[]

Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.
[]	[]	[]	[]	[]

Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio	Rilasciato da	Data di rilascio
[]	[]	[]	[]	[]

Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e)	Settore Attività (1a)	Professione (1a)	Area Professione
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	[]	[]	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico

TITOLARE EFFETTIVO (da non compilare se coincide con il Legale Rappresentante / Delegato ad operare) (1d)ESISTE IL TITOLARE EFFETTIVO (1d) SI NONUMERO DI TITOLARI EFFETTIVI (1f) 1 Più di 1

Codice	Cognome	Nome	Sesso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio	Rilasciato da	Data di rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte (1e)	Settore Attività (1a)	Professione (1a)	Area Professione	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico	

(1a) Tabella Professioni/Settori Attività

(1b) Tabella Attività Economiche

(1c) Delegato ad operare: il soggetto che opera in nome e per conto del Contraente

(1d) Vedere Informativa sul Titolare Effettivo riportata a pag. 8 della presente proposta

(1e) Vedere Informativa sulle Persone Politicamente Esposte riportata a pag. 8 della presente proposta

(1f) Nel caso di presenza di più di un Titolare Effettivo compilare e sottoscrivere l'apposito modulo aggiuntivo

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO**A1. OBIETTIVI ASSICURATIVI / PREVIDENZIALI (Obbligatoria)**

Indicare, fra le seguenti, la prevalente esigenza assicurativa che si intende perseguire mediante la sottoscrizione del contratto cui si riferisce la presente proposta.

<input type="checkbox"/>	Previdenza/Pensione integrativa	<input type="checkbox"/>	Protezione	<input type="checkbox"/>	Investimento/Risparmio
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------------

A2. ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI / FINANZIARI DETENUTI (Obbligatoria)

Indicare eventuali contratti assicurativi/finanziari già sottoscritti, specificandone la finalità, l'importo complessivo dei relativi versamenti annui e/o eventuali importi già versati in unica soluzione.

<input type="checkbox"/>	Nessuno	<input type="checkbox"/>	Previdenza/Pensione integrativa	<input type="checkbox"/>	Protezione	<input type="checkbox"/>	Investimento/Risparmio
--------------------------	---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------------

A2.1 VERSAMENTI SU CONTRATTI DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO A2. (Non obbligatoria)

di cui annui:	<input type="checkbox"/> fino a 1.000,00 euro	di cui unici:	<input type="checkbox"/> fino a 20.000,00 euro
	<input type="checkbox"/> oltre 1.000,00 e fino a 5.000,00 euro		<input type="checkbox"/> oltre 20.000,00 e fino a 50.000,00 euro
	<input type="checkbox"/> oltre 5.000,00 euro		<input type="checkbox"/> oltre 50.000,00 euro

B. ORIZZONTE TEMPORALE (Obbligatoria)

Indicare il periodo al termine del quale ci si aspetta di conseguire almeno parzialmente gli obiettivi perseguiti col contratto, tenuto conto della relativa durata prefissata.

<input type="checkbox"/>	Lungo (oltre 10 anni)	<input type="checkbox"/>	Medio (da 6 a 10 anni)	<input type="checkbox"/>	Breve (fino a 5 anni)
--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------------

C. PROPENSIONE AL RISCHIO DEL CONTRATTO (Obbligatoria)

Indicare la propensione al rischio e conseguentemente le aspettative di rendimento finanziario relativamente al contratto proposto.

<input type="checkbox"/>	BASSO RISCHIO (scarsa disponibilità ad accettare oscillazioni anche contenute del valore dell'investimento nel tempo; preferenza verso forme di garanzia di restituzione del capitale e/o di rendimento minimo)
<input type="checkbox"/>	MEDIO RISCHIO (disponibilità ad accettare modeste oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo)
<input type="checkbox"/>	ALTO RISCHIO (disponibilità ad accettare possibili forti oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo; aspettativa di una elevata rivalutazione del capitale investito in linea con un'alta propensione al rischio, tenuto conto della durata contrattuale o dell'orizzonte temporale consigliato)

D. ESIGENZE DI LIQUIDITÀ (Obbligatoria)

Indicare la possibilità di incorrere in esigenze di liquidità tali da comportare la sospensione del piano dei versamenti o l'interruzione anticipata del rapporto contrattuale mediante il disinvestimento prima della scadenza prefissata.

<input type="checkbox"/>	BASSA eventualità di avere esigenze di liquidità tali da interrompere il rapporto assicurativo prima della scadenza contrattuale	<input type="checkbox"/>	ALTA eventualità di avere esigenze di liquidità tali da interrompere il rapporto assicurativo prima della scadenza contrattuale
--------------------------	---	--------------------------	--

E. CAPACITÀ DI RISPARMIO (Obbligatoria per le persone fisiche)

Indicare la propria capacità media annua di risparmio per consentire di verificare la congruità rispetto all'impegno di versamento previsto dal contratto.

<input type="checkbox"/>	BASSA (fino a 5.000,00 euro all'anno)	<input type="checkbox"/>	MEDIA (oltre 5.000,00 e fino a 15.000,00 euro all'anno)	<input type="checkbox"/>	ALTA (oltre 15.000,00 euro all'anno)
--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---

F. NUCLEO FAMILIARE / REDDITO / ESPOSIZIONE FINANZIARIA

La valutazione della capacità di risparmio deve tener conto della situazione patrimoniale e reddituale complessiva al netto di eventuali impegni finanziari già assunti. Per agevolare tale valutazione fornire le informazioni di seguito riportate.

Reddito annuo variabile o inc sicuro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	obbligatoria per le persone fisiche		
Numero di persone componenti nucleo familiare		Di cui a carico	obbligatoria per le persone fisiche		
Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> fino a 1.000,00 euro	<input type="checkbox"/> oltre 1.000,00 e fino a 5.000,00 euro	<input type="checkbox"/> oltre 5.000,00 euro	obbligatoria per le persone fisiche
Reddito annuo complessivo	<input type="checkbox"/> fino a 20.000,00 euro	<input type="checkbox"/> oltre 20.000,00 e fino a 50.000,00 euro	<input type="checkbox"/> oltre 50.000,00 euro	non obbligatoria	

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI VOLER FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE NEL QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA

Il Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel *Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto*, o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione del contratto stesso alle proprie esigenze assicurative.

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il Consulente Assicurativo dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la presente proposta determina l'emissione di un contratto che non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle esigenze assicurative/finanziarie del Contraente.

Il Contraente dichiara altresì di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati.

Firma del Consulente Assicurativo

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

MOTIVI DI INADEGUATEZZA

1. Contratto non conforme agli obiettivi espressi

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

2. Contratto non conforme alle esigenze assicurative/finanziarie espresse dal Contraente in proposta

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

3. Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio

Firma del Contraente
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

ASSICURANDO (da compilare se diverso dal Contraente)

Codice	Cognome	Nome	Sesso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Comune o stato estero di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI TECNICI

Data effetto	Durata (*) Anni	Capitale assicurato (*) (Euro)	Premio Unico (Euro)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) Il prodotto 3UIN prevede una durata fissa pari a 10 anni.

SELEZIONE INVESTIMENTO (SCELTA DELLA GESTIONE PATRIMONIALE SE PREVISTA DAL PRODOTTO)

<input type="checkbox"/> EURO FORTE	<input type="checkbox"/> EUROFORTE RE	<input type="checkbox"/> NUOVA MONETA FORTE	<input type="checkbox"/> EUROFORTE MERCATI	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------------------------	---	--	--------------------------

Il premio unico versato viene investito al 100% nella gestione patrimoniale prescelta.

PAGAMENTO IN PROPOSTA DELL'IMPORTO CORRISPONDENTE AL PREMIO UNICO

Qualora il Proponente, nel sottoscrivere la presente proposta, corrisponda un importo equivalente a quello del premio unico, il versamento si intende effettuato ad esclusivo titolo di deposito provvisorio in attesa della accettazione della proposta da parte della Società. Il suddetto versamento dovrà avvenire mediante assegno non trasferibile intestato all'Agenzia Generale INA ASSITALIA S.p.A. indicata nel frontespizio della presente proposta.

Il versamento eseguito in sede di proposta comporta - ai soli fini economici e finanziari - che la decorrenza del contratto - successivamente emesso da INA ASSITALIA S.p.A. - una volta perfezionato sia quella del medesimo giorno del versamento, salvo che le Condizioni di Assicurazione, valevoli per determinate tipologie contrattuali, non fissino una data di effetto prestabilita, unica per tutta la tipologia considerata.

In ogni caso l'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto dal momento in cui il Proponente abbia ricevuto l'originale di polizza e la quietanza definitiva emessa dalla Direzione Generale a fronte del versamento eseguito in sede di proposta.

Qualora la polizza preveda una data di effetto posteriore rispetto a quella in cui vengono espletati i suddetti adempimenti, l'assicurazione entra in vigore dalla sopra menzionata data di effetto.

Una volta che la polizza sia stata emessa, il pagamento dei premi dovrà tassativamente avvenire secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo contro il rilascio di regolare quietanza emessa dalla Direzione Generale dell'INA ASSITALIA, ed apposizione di data e firma da parte dell'incaricato alla riscossione.

TIPO (1)	IBAN (Coordinate Bancarie)																
	Prefisso IBAN			CIN	Cod. ABI					Cod. CAB					Numero C/C		

(1) (AB) ASSEGNO BANCARIO (AC) ASSEGNO CIRCOLARE (AP) ASSEGNO/VAGLIA POSTALE

BANCA	IMPORTO IN EURO

Sul premio unico è dovuto un costo polizza specificato in Nota Informativa.

PAGAMENTO A MEZZO MOD. DP130 DA COMPILARE A CURA DELL'AGENZIA GENERALE

N. DP130	IMPORTO IN EURO	DATA VERSAMENTO	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero (a cura dell'Agenzia Generale)

BENEFICIARI (in caso di designazione nominativa indicare cognome, nome, luogo e data di nascita)

CASO VITA (se previsto dal prodotto):.....

 CASO MORTE (se previsto dal prodotto):.....

NOTIZIE PER LA TRASFORMAZIONE DA COMPILARE A CURA DELL'AGENZIA GENERALE (se prevista dal prodotto)

N. POLIZZA DA TRASFORMARE*	Cod. prova	ULTIMA RATA DI PREMIO PAGATA	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero	ULTIMA RATA INTERESSI PRESTITO PAGATA	Estremi di registrazione Rendiconto Cassa Giornaliero

* Allegare gli originali delle polizze da trasformare richieste dal Contraente

OPZIONE IN RENDITA PREVISTA DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (esercitabile solo se prevista dal prodotto)

Si intende esercitare sin da ora l'opzione per la liquidazione alla scadenza della polizza di una rendita vitalizia in luogo del capitale? SI NO

N.B. Qualora venga esercitata l'opzione in rendita di cui sopra, al perfezionamento della polizza verrà comunicato il relativo coefficiente di conversione, il quale non subirà alcuna variazione e sarà applicato in sede di accensione della rendita; in caso di ripensamento sarà invece liquidato il capitale assicurato alla scadenza, senza applicazione di alcuna penalizzazione.

Firma del Contraente
 o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare



QUESTIONARI (da compilare solo se previsti dal prodotto)

AVVERTENZE RELATIVE AI QUESTIONARI

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

QUESTIONARIO SULLE OCCUPAZIONI E ATTIVITÀ DELL'ASSICURANDO

- 1) OCCUPAZIONE PRINCIPALE
- 2) a) PER L'OCCUPAZIONE INDICATA È A CONTATTO CON ALTA TENSIONE, SOSTANZE RADIOATTIVE, INFIAMMABILI, ESPLODENTI, VELENOSE O COMUNQUE NOCIVE ALLA SALUTE, OVVERO SALE SU TRALICCI, PONTEGGI O SUPPORTI ANALOGHI? SI NO
- b) PRATICA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ: IMMERSIONE, ALPINISMO, EQUITAZIONE CON GARE, PUGILATO, GARE AUTOMOBILISTICHE (ANCHE GO-KART) E/O MOTOCICLISTICHE, PARACADUTISMO, DELTAPLANO, CICLISMO PROFESSIONISTICO (O DILETTANTISTICO DIETRO MOTO), MOTONAUTICA CON GARE O PROFESSIONISTICA, KAJAK, RUGBY, SCI ACQUATICO CON GARE, VELA D'ALTURA CON GARE, ARTI MARZIALI COME PROFESSIONISTA O ISTRUTTORE, LOTTA COME PROFESSIONISTA, SPELEOLOGIA, VOLO? SI NO
- N.B.: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA PRECISARE NELLO SPAZIO "ANNOTAZIONI" QUANT'ALTRO POSSA OCCORRERE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO (ES. PROFONDITÀ O ALTEZZA RAGGIUNTE, MEZZI UTILIZZATI, ECC.)
- 3) QUALORA COMPIA VOLI IN QUALITÀ DI PILOTA O MEMBRO DELL'EQUIPAGGIO DESIDERA LA COPERTURA DEL RELATIVO RISCHIO? SI NO
- N.B.: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA COMPILARE L'APPOSITO QUESTIONARIO

ANNOTAZIONI:

.....

.....

.....

QUESTIONARIO SANITARIO

1) COSTITUZIONE ALTEZZA CM. PESO KG. PRESSIONE ARTERIOSA MAX MIN.

						codifica	Data		
2) a) In ordine alla presente proposta l'Assicurando dichiara di essersi sottoposto al test HIV. In caso affermativo allegare l'esito in busta chiusa. <small>N.B. Qualora l'Assicurando non aderisca all'invito di sottoporsi al test HIV troveranno applicazione le condizioni di carenza, previste dalle Condizioni di Assicurazione.</small>	SI	NO							
3) a) L'Assicurando è fumatore? In caso affermativo specificare la quantità giornaliera.	SI	NO	03	a	00	Quantità giornaliera	dal		
b) Beve abitualmente più di un litro di vino al giorno o altre bevande alcoliche e/o fa uso in modo continuativo di superalcolici?	SI	NO	03	b	00	Quantità giornaliera	dal		
4) a) Indicare le generalità del medico di base (A.S.L.)			04	a	00	Generalità			
b) È seguito da altri medici? Se sì indicare il nome:	SI	NO	04	b	00				
5) Ha sofferto o soffre di malattie:						codifica	patologia	in atto dal	guarito dal
a) dell'apparato respiratorio anche se su base allergica?	SI	NO	05	a	01	bronchite cronica			
			05	a	02	enfisema			
			05	a	04	altre			
b) dell'apparato cardiovascolare?	SI	NO	05	b	01	angina pectoris			
			05	b	02	infarto			
			05	b	03	ipertensione arteriosa			
			05	b	04	cardiopatie			
			05	b	05	disturbi del ritmo			
			05	b	06	arteriopatie			
			05	b	07	varici			
			05	b	09	altre			
c) dell'apparato digerente?	SI	NO	05	c	01	ulcera gastrica			
			05	c	02	ulcera duodenale			
			05	c	03	rettocolite ulcerosa			
			05	c	04	epatite virale			
			05	c	05	cirrosi epatica			
			05	c	06	pancreatite			
			05	c	08	altre			

			codifica	patologia	in atto dal	guarito dal
d) del sistema nervoso e/o malattie psichiatriche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	d 01	epilessia		
		05	d 02	nevrosi		
		05	d 03	sindromi depressive		
		05	d 04	psicosi		
		05	d 06	altre		
e) del sistema endocrino e neuroendocrino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	e 01	diabete mellito		
		05	e 02	diabete mellito in tratt. insulinico		
		05	e 03	malattie della tiroide		
		05	e 04	malattie dell'ipofisi		
		05	e 05	malattie del surrene		
f) ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato urinario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	f 01	calcolosi renale		
		05	f 02	rene policistico		
		05	f 03	glomerulo-nefrite		
		05	f 06	altre		
g) del sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	g 01	anemia		
		05	g 02	anemia mediterranea		
		05	g 03	emofilia		
		05	g 05	altre		
h) dell'apparato osteo articolare e del tessuto muscolare o del connettivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	h 01	artrite reumatoide		
		05	h 02	artrosi		
		05	h 03	ernia discale		
		05	h 04	lupus eritematoso sistemico (LES)		
		05	h 05	dermatomiosite		
		05	h 06	altre		
i) degli organi di senso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	i 01	miopia		
		05	i 02	strabismo		
		05	i 03	glaucoma		
		05	i 04	cataratta		
		05	i 05	distacco della retina		
		05	i 06	otite		
		05	i 07	mastoidite		
		05	i 08	otosclerosi		
		05	i 09	Sindrome di Meniere		
		05	i 11	altre		
l) della pelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	l 01	psoriasi		
		05	l 02	pemfigo		
		05	l 05	altre		
m) dell'apparato genitale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	m 01	ipertrofia prostatica		
		05	m 02	altre		
per le donne: malattia delle mammelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	m 03	mastopatie		
n) è affetto da malattie tumorali e/o neoplastiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	n 00			
o) è affetto da malattie genetiche/congenite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	o 00			
p) altre patologie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	05	p 00			
6) a) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	06	a 00	Tipo di sostanza	Periodo	
					dal	al
7) a) È stato sottoposto a chemio e/o cobalto e/o radio terapia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	07	a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
					dal	al
8) a) Ha mai fatto o fa uso di farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	08	a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
					dal	al
b) Ha mai fatto o fa uso di farmaci per altre malattie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	08	b 00			
9) a) È mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, anche in regime di Day Hospital?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	09	a 00	Motivazione sanitaria	Periodo	
					dal	al

10) a) Sono state rilevate alterazioni e/o malattie attraverso accertamenti diagnostici? In caso affermativo indicare gli esami eseguiti.	SI	NO	codifica			patologia	
			10	a	00	Esami eseguiti - Tipologia della malattia	Data

Il sottoscritto Assicurando espressamente conferma, sotto la propria responsabilità, che, oltre a quanto sopra dichiarato, non soffre di alcuna altra malattia per la quale sia in corso il relativo trattamento e di non essere in attesa di conoscere gli esiti di accertamenti clinico-strumentali ai quali eventualmente si sia sottoposto.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Il sottoscritto Assicurando dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato e tutte le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali l'INA ASSITALIA S.p.A. dovesse in ogni tempo rivolgersi, acconsentendo inoltre che le informazioni raccolte siano dalla Società comunicate ad altre persone o enti limitatamente alle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Dichiara, inoltre, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ad ogni singola domanda del questionario sono complete, veritiere ed esatte che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in ordine al questionario stesso sulla base del quale verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione.

Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poichè in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio. Pertanto, qualora le stesse risultassero non veritiere, la polizza sarà annullabile ai sensi dell'art. 1892 C.C. e delle condizioni contrattuali, senza diritto alla restituzione dei premi corrisposti.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO

FIRMA DEL CONTRAENTE

o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

SPAZIO RISERVATO AI CONSULENTI ASSICURATIVI

CODICE PRODUKT.	COMB.NE PRODUKT.	COGNOME E NOME (in stampatello)	FIRMA

FIRMA DEL CONSULENTE ASSICURATIVO SIG. CHE HA RICEVUTO LA PRESENTE PROPOSTA FACENTE FEDE DELLA CORRETTA COMPILAZIONE E DELL'IDENTIFICAZIONE PERSONALE DEI FIRMATARI ANCHE AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO.

FIRMA

L'AGENTE GENERALE

REVOCA E RECESSO

LA PRESENTE PROPOSTA PUÒ ESSERE REVOCATA FINCHÈ IL CONTRATTO NON SIA CONCLUSO ED INOLTRE IL CONTRAENTE PUÒ RECEDERE DAL CONTRATTO OGGETTO DELLA PRESENTE PROPOSTA ENTRO TRENTA GIORNI DALLA SUA CONCLUSIONE.

IL CONTRATTO È CONCLUSO NEL GIORNO IN CUI IL CONTRAENTE HA RICEVUTO LA POLIZZA DALLA SOCIETÀ PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE DI COMPETENZA, OVVERO LA COMUNICAZIONE DELL'ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA DA PARTE DELL'INA ASSITALIA S.p.A.. IL RECESSO E/O LA REVOCA HA L'EFFETTO DI LIBERARE ENTRAMBE LE PARTI DA QUALSIASI OBBLIGAZIONE A DECORRERE DALLE ORE 24 DEL GIORNO DI SPEDIZIONE DELLA COMUNICAZIONE, QUALE RISULTA DAL TIMBRO POSTALE, DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO RACCOMANDATA A.R. ALL'INA ASSITALIA S.p.A. - SERVIZIO PORTAFOGLIO VITA - VIA BISSOLATI, 23 - 00187 ROMA. ENTRO 30 GG. DAL RICEVIMENTO DELLA COMUNICAZIONE L'INA ASSITALIA S.p.A. RIMBORSERÀ AL CONTRAENTE PER IL TRAMITE DELL'AGENZIA GENERALE COMPETENTE LA SOMMA EVENTUALMENTE DA QUESTI CORRISPOSTA.

IN CASO DI RECESSO DAL CONTRATTO L'INA ASSITALIA S.p.A. HA IL DIRITTO DI RECUPERARE LE SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO, COME MEGLIO SPECIFICATO NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E CIOÈ: PER UN CAPITALE ASSICURATO (O DA ASSICURARE) FINO AD EURO 250.000,00, EURO 10,00, PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 250.000,00 E FINO AD EURO 600.000,00, EURO 381,00; PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 600.000,00 E FINO AD EURO 1.000.000,00, EURO 853,00; PER UN CAPITALE SUPERIORE AD EURO 1.000.000,00, EURO 943,00. QUALORA SIA STATO EFFETTUATO IL TEST HIV, GLI IMPORTI DA RECUPERARE VERRANNO MAGGIORATI DI EURO 23,00 PER CAPITALI ASSICURATI FINO AD EURO 250.000,00 E DI EURO 28,00 PER CAPITALI ASSICURATI DI IMPORTO SUPERIORE. IN CASO DI RECESSO L'INA ASSITALIA S.p.A. RECUPERERÀ INOLTRE LA PARTE DI PREMIO RELATIVA AL PERIODO IN CUI IL CONTRATTO HA AVUTO CORSO LIMITATAMENTE AL COSTO DELLA COPERTURA DEL RISCHIO.

DICHIARAZIONI

IL SOTTOSCRITTO (I SOTTOSCRITTI) DICHIARA (DICHIARANO):

- 1) AI FINI DEL D.LGS. 231/2007 E S.M.I., CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE DERIVANTE DA MENDACI AFFERMAZIONI IN TALE SEDE, CHE I DATI RIPORTATI NELLA PRESENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE CORRISPONDONO AL VERO E ALTRESÌ DICHIARA DI AVER FORNITO OGNI INFORMAZIONE DI CUI È A CONOSCENZA ANCHE RELATIVAMENTE AL TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO CONTINUATIVO.
- 2) CHE LA PROPOSTA STESSA E IL FASCICOLO INFORMATIVO COSTITUISCONO LA BASE PER IL CONTRATTO DA STIPULARSI E NE FORMANO PARTE INTEGRANTE.
- 3) CHE NON HA (HANNO) TACIUTO, OMESSO O ALTERATO ALCUNA CIRCOSTANZA IN RAPPORTO AI QUESTIONARI CHE PRECEDONO.
- 4) DI PRENDERE ATTO CHE L'ASSICURAZIONE ENTRA IN VIGORE ED HA EFFICACIA, CON LA CONSEGUENTE PIENA COPERTURA ASSICURATIVA, SECONDO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DAL MOMENTO IN CUI IL CONTRAENTE ABBA RITIRATO L'ORIGINALE DI POLIZZA E SIA STATA PAGATA LA PRIMA RATA DI PREMIO CONVENUTA; QUALORA POI LA POLIZZA PREVEDA UNA DATA DI EFFETTO POSTERIORE A QUELLA IN CUI VENGONO ESPLETATE LE MENZIONATE FORMALITÀ, L'ASSICURAZIONE ENTRA IN VIGORE DALLA SUDETTA DATA DI EFFETTO.
- 5) DI AVER COMPILATO PERSONALMENTE LA PRESENTE PROPOSTA COMPOSTA DA N. 8 (OTTO) PAGINE E, IN PARTICOLARE OVE RICHIESTO, LE PAGINE 5, 6 E 7 RELATIVE AL QUESTIONARIO - DICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'ASSICURANDO/A.
- 6) CONFERMA (CONFERMANO) INOLTRE LA PROPRIA RESIDENZA INDICATA NELLA PRESENTE PROPOSTA.

FIRMA DEL CONTRAENTE
o Legale Rappresentante/Delegato ad operare

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ O DEL TUTORE PER ASSICURANDI MINORENNI OD INCAPACI



IL SOTTOSCRITTO (I SOTTOSCRITTI) DICHIARA (DICHIARANO) DI APPROVARE, SPECIFICAMENTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 C.C., LE SOTTO INDICATE CONDIZIONI E NORME DI ASSICURAZIONE LADDOVE APPLICATE:

- NORME CARENZA AIDS, VALIDE OVE L'ASSICURATO RIFIUTI DI SOTTOPORSI AL TEST HIV;
- CONDIZIONI PARTICOLARI PER I NON FUMATORI RIPORTATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

.....
FIRMA DEL CONTRAENTE
o Legale Rappresentante/Delegato ad operare

.....
FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

.....
FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ O DEL TUTORE PER
ASSICURANDI MINORENNI OD INCAPACI

IL CONTRAENTE DICHIARA CHE GLI È STATO PREVENTIVAMENTE CONSEGNATO IL FASCICOLO INFORMATIVO (CODICE MIDV ___ __ DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO ___ / ___ / ___) ATTINENTE AL CONTRATTO CHE VERRÀ EMESSO E REDATTO SECONDO LE PRESCRIZIONI ISVAP, CONTENENTE LA SCHEDA SINTETICA (NON PRESENTE NEI CONTRATTI DI PURO RISCHIO), LA NOTA INFORMATIVA, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, EVENTUALMENTE COMPRENSIVE DEL REGOLAMENTO DELLA GESTIONE INTERNA SEPARATA, IL GLOSSARIO ED IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA. DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO COGNIZIONE DEL RELATIVO CONTENUTO E DI ACCETTARLO.

DATA

.....
FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.Lgs. 196/2003)

Presa visione dell'Informativa Privacy riportata all'interno delle Condizioni di Assicurazione del presente Fascicolo Informativo ai sensi del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il Contraente e l'Assicurando (se diverso dal Contraente) acconsentono al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - che li riguardano effettuato dalla Società INA ASSITALIA S.p.A. e dall'Agenzia Generale, alla loro comunicazione ai soggetti indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

DATA

.....
FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare

.....
FIRMA DELL'ASSICURANDO/A
(se diverso dal Contraente)

INFORMATIVA

INFORMATIVA sulle definizioni di Titolare Effettivo e Persona Politicamente Esposta, ai sensi del D.Lgs. n° 231 del 21 Novembre 2007 e s.m.i.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 2 - Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.
(Rif. art. 1, co. 2, lett. u D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

1. la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;

2. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni o di istituti giuridici quale i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

1. se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;

2. se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;

3. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, co. 2, lett. u D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Le persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o in Stati extracomunitari che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tale persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto (D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.).

Art. 1 - Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.
(Rif. art. 1, co. 2, lett. o D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:

a) i capi di Stato, i capi di governo, i ministri e i vice ministri o sottosegretari;

b) i parlamentari;

c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;

d) i membri delle corti dei conti e dei consigli di amministrazione della banche centrali;

e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;

f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

a) il coniuge;

b) i figli e i loro coniugi;

c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;

d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;

b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

DEFINIZIONE DI CLIENTE E OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 1, co. 2, lett. e D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Il soggetto che instaura rapporti continuativi o compie operazioni con i destinatari indicati agli articoli 11 e 14, ovvero il soggetto al quale i destinatari indicati agli articoli 12 e 13 rendono una prestazione professionale in seguito al conferimento di un incarico.

Art. 21 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

DATA

.....
FIRMA DEL CONTRAENTE
o del Legale Rappresentante/Delegato ad operare