

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

FORMULA VITA

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) *Nota Informativa*
- b) *Condizioni di Assicurazione*
- c) *Glossario*
- d) *Modulo di Proposta*

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

FORMULA VITA

TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE

NOTA INFORMATIVA

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

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

La Toro Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni con sede legale in Italia. La Società è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartiene al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale si trovano in Via Mazzini, 53 - 10123 Torino - Italia.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2285 del 22 giugno 2004 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 154 del 3 luglio 2004 (già autorizzata a norma Regio Decreto Legge 29 aprile 1923 n. 966).

Società di Revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a - 00196 Roma - Italia.

Sede della Divisione Lloyd Italico: Italia - via Fieschi, 9 - 16121 Genova

Telefono 010 53801. Indirizzo telematico: www.lloyditalico.it - e-mail: info@lloyditalico.it

2. CONFLITTO DI INTERESSI

Non sono state individuate occasioni in cui la Società, nella commercializzazione del presente prodotto, possa operare direttamente o indirettamente in una situazione di conflitto di interessi.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il contratto qui descritto, denominato **Formula Vita**, è una Polizza di Assicurazione della tipologia "temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante".

La durata del contratto può essere scelta tra un minimo di 1 ed un massimo di 20 anni, tenendo comunque presente che l'età massima dell'Assicurato nel corso della durata è di 75 anni.

Le prestazioni, principali e accessorie o complementari, previste da questo contratto sono:

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa (prestazione principale).

Il contratto prevede il pagamento, ai Beneficiari designati in Polizza dal Contraente, del capitale assicurato qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata.

Prestazione in caso di decesso o di invalidità dell'Assicurato a seguito di infortunio (prestazione complementare opzionale).

A richiesta del Contraente è possibile prevedere il pagamento di un capitale, in aggiunta a quello di cui al punto precedente, qualora il decesso avvenga a seguito di infortunio, ovvero il pagamento del medesimo capitale qualora l'infortunio provochi nell'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 70%. Tale capitale potrà essere raddoppiato qualora l'infortunio sia provocato da incidente stradale.

Prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia (prestazione complementare opzionale).

A richiesta del Contraente è inoltre possibile prevedere, in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, ferma restando l'operatività della prestazione principale, l'esonero dal pagamento dei premi dovuti alle successive scadenze.

Questo contratto prevede, oltre ad una determinata età ed un determinato importo di capitale, il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visite mediche ed esami clinici. La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari anche là dove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica anche nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società.

La copertura assicurativa è immediatamente operante salvo che per gli eventi citati nell'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione e, nel caso di Polizza assunta senza visita medica, per il decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie ad essa collegate) che avvenga entro i primi 5 anni dall'entrata in vigore.

Qualora l'Assicurato decida di non sottoporsi al relativo test, ove richiesto dalla Società, il capitale assicurato non sarà pagato nel caso in cui il decesso avvenga entro i primi 7 anni dall'entrata in vigore e sia dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie ad essa collegate).

È inoltre necessario fornire informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stato di fumatore/non fumatore, lo stile e le abitudini di vita.

Si richiama l'attenzione del Contraente circa la necessità di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute in proposta relative alla compilazione, in modo completo e veritiero, dei predetti questionari.

4. PREMI

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto è dovuto un premio annuo anticipato, per tutta la durata del contratto ma non oltre l'anno assicurativo di decesso dell'Assicurato. L'ammontare del premio è calcolato in funzione del numero e dell'entità delle garanzie prestate, della durata del contratto, dell'età e del sesso dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte, dello stato di fumatore/non fumatore.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali o mensili: in tal caso è prevista una maggiorazione di premio, rispettivamente del 2%, del 3% e del 5%.

Per il pagamento del premio, il Contraente può esclusivamente utilizzare le seguenti procedure alternative:

- assegno "non trasferibile" intestato a "TORO ASSICURAZIONI S.p.A." oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno "non trasferibile" intestato all'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico" o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico".

Si riportano, qui di seguito, alcune tabelle contenenti l'esemplificazione degli importi di premio richiesti per assicurare il rischio di morte dell'Assicurato, relativi ad alcune combinazioni di età, durata e capitale. Le predette esemplificazioni sono distinte per sesso e per attitudine al fumo; non si tiene invece conto delle valutazioni del rischio attinenti, ad esempio, alla professione o agli sport praticati oppure allo stato di salute dell'Assicurato, che potranno essere effettuate solo dopo che l'Assicurato abbia reso le dovute informazioni e si sia assoggettato ai necessari accertamenti sanitari, valutazioni che potrebbero anche prevedere un aumento del premio (sovrappremio).

I premi indicati sono comprensivi del diritto fisso di quietanza di Euro 1,29; sulla prima rata, è richiesto un ulteriore importo pari ad Euro 3,87.

Assicurazione Temporanea caso morte a premio annuo e capitale costanti

Importi di premio

Capitale assicurato: **Euro 50.000**

Assicurato: **Femmina non fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	50,29	54,29	60,79	69,79
35	58,79	66,79	78,29	92,29
40	75,79	90,29	107,29	129,79
45	107,29	127,29	153,79	187,29
50	150,29	183,29	223,79	282,79

Capitale assicurato: **Euro 100.000**

Assicurato: **Femmina non fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	69,29	77,29	90,29	108,29
35	86,29	102,29	125,29	153,29
40	120,29	149,29	183,29	228,29
45	183,29	223,29	276,29	343,29
50	269,29	335,29	416,29	534,29

Capitale assicurato: **Euro 200.000**

Assicurato: **Femmina non fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	117,29	133,29	159,29	195,29
35	151,29	183,29	229,29	285,29
40	219,29	277,29	345,29	435,29
45	345,29	425,29	531,29	665,29
50	517,29	649,29	811,29	1.047,29

Capitale assicurato: **Euro 50.000**

Assicurato: **Femmina fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	52,79	57,79	65,79	77,29
35	63,79	73,79	87,79	104,29
40	85,79	103,29	122,79	147,29
45	123,29	145,79	174,79	210,29
50	171,79	207,29	250,29	313,29

Capitale assicurato: **Euro 100.000**

Assicurato: **Femmina fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	74,29	84,29	100,29	123,29
35	96,29	116,29	144,29	177,29
40	140,29	175,29	214,29	263,29
45	215,29	260,29	318,29	389,29
50	312,29	383,29	469,29	595,29

Capitale assicurato: **Euro 200.000**

Assicurato: **Femmina fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	127,29	147,29	179,29	225,29
35	171,29	211,29	267,29	333,29
40	259,29	329,29	407,29	505,29
45	409,29	499,29	615,29	757,29
50	603,29	745,29	917,29	1.169,29

Capitale assicurato: **Euro 50.000**

Assicurato: **Maschio non fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	78,29	80,79	85,79	96,79
35	83,29	90,29	104,79	127,29
40	98,29	118,29	146,79	189,29
45	141,79	177,79	230,79	297,79
50	220,29	287,29	369,79	485,29

Capitale assicurato: **Euro 100.000**

Assicurato: **Maschio non fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	125,29	130,29	140,29	162,29
35	135,29	149,29	178,29	223,29
40	165,29	205,29	262,29	347,29
45	252,29	324,29	430,29	564,29
50	409,29	543,29	708,29	939,29

Capitale assicurato: **Euro 200.000**

Assicurato: **Maschio non fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	229,29	239,29	259,29	303,29
35	249,29	277,29	335,29	425,29
40	309,29	389,29	503,29	673,29
45	483,29	627,29	839,29	1.107,29
50	797,29	1.065,29	1.395,29	1.857,29

Capitale assicurato: **Euro 50.000**

Assicurato: **Maschio fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	92,79	100,79	111,29	129,79
35	109,79	122,79	146,79	180,79
40	137,29	169,79	213,29	273,29
45	207,29	261,29	335,29	422,79
50	325,29	417,79	523,29	661,79

Capitale assicurato: **Euro 100.000**

Assicurato: **Maschio fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	154,29	170,29	191,29	228,29
35	188,29	214,29	262,29	330,29
40	243,29	308,29	395,29	515,29
45	383,29	491,29	639,29	814,29
50	619,29	804,29	1.015,29	1.292,29

Capitale assicurato: **Euro 200.000**

Assicurato: **Maschio fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)			
	5	10	15	20
30	287,29	319,29	361,29	435,29
35	355,29	407,29	503,29	639,29
40	465,29	595,29	769,29	1.009,29
45	745,29	961,29	1.257,29	1.607,29
50	1.217,29	1.587,29	2.009,29	2.563,29

C. Informazioni su sconti e regime fiscale

5. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

“Clienti selezionati”

Per i “Clienti selezionati” è applicabile una particolare tariffa che prevede uno sconto rispetto agli importi di premio indicati al precedente articolo 4. Tale tariffa si rivolge ad Assicurati non fumatori, in possesso di determinati requisiti sia di carattere sanitario che extra sanitario, rilevabili da specifici accertamenti diagnostici e opportune dichiarazioni. I capitali assicurati devono essere superiori a Euro 350.000,00 e l'età all'ingresso dell'Assicurato non può essere superiore a 64 anni.

La durata massima consentita è di 15 anni, tenendo comunque presente che l'età massima dell'Assicurato nel corso della durata deve essere di 65 anni.

Si riportano, qui di seguito, alcune tabelle contenenti l'esemplificazione degli importi di premio richiesti per assicurare il rischio di morte dell'Assicurato “Cliente selezionato”, relative ad alcune combinazioni di età, sesso, durata e capitale.

I premi indicati sono comprensivi del diritto fisso di quietanza di Euro 1,29; sulla prima rata, è richiesto un ulteriore importo pari ad Euro 3,87.

Nel caso in cui l'Assicurato non sia in possesso dei requisiti richiesti, previsti dalle Condizioni speciali per “Clienti selezionati”, gli importi di premio saranno quelli determinati secondo le modalità del precedente articolo 4.

Assicurazione Temporanea caso morte a premio annuo e capitale costanti

“Clienti selezionati”

Importi di premio

Capitale assicurato: **Euro 350.000**

Assicurato: **Maschio non fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)		
	5	10	15
30	331,79	335,29	363,29
35	349,29	391,29	478,79
40	436,79	559,29	730,79
45	699,29	912,79	1.227,79
50	1.164,79	1.563,79	2.057,29
55	2.036,29	2.631,29	–
60	3.341,79	–	–

Capitale assicurato: **Euro 700.000**

Assicurato: **Maschio non fumatore**

ETÀ	DURATA (anni)		
	5	10	15
30	622,29	629,29	685,29
35	657,29	741,29	916,29
40	832,29	1.077,29	1.420,29
45	1.357,29	1.784,29	2.414,29
50	2.288,29	3.086,29	3.990,71
55	4.031,29	5.221,29	–
60	6.642,29	–	–

Capitale assicurato: **Euro 350.000**

Assicurato: **Femmina non fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)		
	5	10	15
30	156,79	177,79	216,29
35	205,79	251,29	321,29
40	307,29	394,79	492,79
45	492,79	611,79	769,29
50	748,29	944,29	1.185,79
55	1.175,29	1.465,79	–
60	1.805,29	–	–

Capitale assicurato: **Euro 700.000**

Assicurato: **Femmina non fumatrice**

ETÀ	DURATA (anni)		
	5	10	15
30	272,29	314,29	391,29
35	370,29	461,29	601,29
40	573,29	748,29	944,29
45	944,29	1.182,29	1.497,29
50	1.455,29	1.847,29	2.330,29
55	2.309,29	2.890,29	–
60	3.569,29	–	–

6. REGIME FISCALE

Detrazione fiscale dei premi (*)

I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente superiore al 5,00%, categoria a cui appartiene il presente contratto, danno diritto ad una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19,00% fino ad un massimo di Euro 1.291,14.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

Tassazione delle somme assicurate (*)

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

I capitali corrisposti all'Assicurato a seguito di invalidità non sono soggette all'IRPEF né ad alcuna altra forma di tassazione.

I capitali comunque corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

() Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente Nota.*

D. Altre informazioni sul contratto

7. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società consegna al Contraente la Polizza o, in alternativa, gli invia per iscritto la comunicazione di accettazione della Proposta.

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano pienamente in vigore alle ore 24 del giorno di pagamento del primo premio, o di quello della decorrenza della Polizza se successivo.

8. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il premio del primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.

A partire dal secondo anno è facoltà del Contraente interrompere il pagamento dei premi.

Il mancato pagamento del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza del medesimo, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

Il contratto può essere riattivato entro 24 mesi dalla data di scadenza del premio non corrisposto, previa corresponsione dei premi arretrati, aumentati degli interessi legali. La riattivazione in ogni caso è subordinata al benessere della Società, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari.

9. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITO

Il presente contratto non prevede un valore di riduzione o di riscatto né la concessione di prestiti nel corso della durata.

10. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente, fintanto che il contratto non è ancora concluso, ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

In tal caso è però tenuto a rimborsare le spese eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

11. DIRITTO DI RECESSO

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- 1) il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto;
- 2) la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, delle spese di emissione Polizza, quantificate in Euro 5,16 e di quelle eventualmente sostenute dalla Società per accertamenti sanitari, quali risultano da fatturazione analitica.

12. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo e ad individuare gli aventi diritto.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione, ovvero, per quanto riguarda le garanzie accessorie, all'art. 4 delle Condizioni della Complementare Infortuni e all'art. 4 delle Condizioni della Complementare d'Invalidità.

Il pagamento viene effettuato entro 30 giorni dalla consegna della documentazione richiesta.

Si precisa che i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in un anno da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto e tutte le comunicazioni ad esso relative vengono redatti in lingua italiana.

15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni Divisione Lloyd Italico - Servizio Reclami - via Fieschi 9 - 16121 Genova; telefax: 010 5380.516; e-mail: servizio.reclami@lia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma; telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

17. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Al presente contratto non si applica il disposto dell'art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società.

La Toro Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Toro Assicurazioni S.p.A.
Presidente e Amministratore Delegato
Dottor Luigi de Puppi



FORMULA VITA

TEMPORANEA CASO MORTE
A CAPITALE COSTANTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI GENERALI

Assicurazione Temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti con costo differenziato per fumatori e non fumatori (Tar. 8AN)

Prestazioni

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata dell'Assicurazione. In caso di sopravvivenza alla scadenza la Polizza si estingue.

Disciplina del contratto

Il contratto è disciplinato dalle condizioni contenute nel presente fascicolo:

- Condizioni Generali;
- Condizioni Speciali relative alle assicurazioni complementari abbinate all'assicurazione sulla vita.

Il contratto è inoltre disciplinato dalle norme legislative in materia.

Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui è informato che il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Direzione della Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

1. OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle appendici da essa firmate.

2. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL' ASSICURATO (INCONTESTABILITÀ)

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

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

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

3. CONCLUSIONE ED ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso. Il contratto è concluso quando:

- la Polizza è stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato;
- oppure
- la Società ha inviato per iscritto al Contraente comunicazione del proprio assenso.

Qualora la Polizza preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno della decorrenza.

4. RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, salvo quanto stabilito al successivo comma, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, girocoteri o effettua lanci con il paracadute;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione.

In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

5. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio, calcolato in annualità anticipate, è dovuto per tutta la durata ma non oltre l'anno assicurativo di decesso dell'Assicurato.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite contro ricevuta emessa dalla Società, presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnata la Polizza.

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

6. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della medesima, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

7. RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

La riattivazione può avere luogo solo dietro espressa domanda del Contraente e previa accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, della Società, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari.

In caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non può essere riattivata.

8. BENEFICIARI

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

In tali casi 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 alla Società o fatte per testamento.

9. RISCATTO E RIDUZIONE

La presente assicurazione non prevede un valore di riduzione o di riscatto.

10. PRESTITO

La presente assicurazione non prevede la concessione di prestiti.

11. CESSIONE, PEGNO E 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 la Società ne faccia annotazione sull'originale di Polizza o su appendice.

12. PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

La Società esegue la liquidazione delle somme dovute a termini di contratto previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In particolare, oltre all'originale del contratto assicurativo, dovrà essere presentata la seguente documentazione:

1. Certificato di morte dell'Assicurato.
2. Relazione del medico curante, redatta su apposito modulo disponibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto.
3. Copia integrale ed autentica delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza dell'Assicurato, negli ultimi 24 mesi presso ospedali o case di cura.
4. Documentazione necessaria ad individuare gli aventi diritto:
 - **Nel caso in cui l'Assicurato deceduto coincida con il Contraente**
originale dell'atto di notorietà, redatto in Tribunale o presso un Notaio, da cui risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento.
In presenza di testamento, occorre allegarne una copia autentica all'atto di notorietà, che deve inoltre contenere la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato.
Se il testamento non modifica la designazione beneficiaria attribuita in Polizza, e la stessa riporta "gli eredi testamentari", nell'atto di notorietà occorre fornire indicazione delle complete generalità e del codice fiscale di ciascuno; in caso contrario (ossia in caso di designazione beneficiaria attribuita in Polizza o attraverso il testamento diversa dagli "eredi testamentari") come pure in assenza di testamento, l'atto di notorietà deve declinare, per ciascun Beneficiario, le complete generalità e il codice fiscale.
Nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia una vedova di età non superiore ai 55 anni, la predetta documentazione deve comprendere una dichiarazione della medesima di non trovarsi in stato di gestante.
 - **Nel caso in cui l'Assicurato deceduto non sia anche Contraente**
dichiarazione del Contraente riportante le complete generalità ed il codice fiscale degli aventi diritto, corredata di copia di un documento di identità per ciascuno di essi.
5. In caso di presenza tra gli aventi diritto di minori od incapaci, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od incapaci, indicando anche le modalità per il reinvestimento di tale somma, con esonero per la Società da ogni responsabilità.
In caso di morte violenta (infortunio, suicidio ecc.)
6. Copia del verbale delle Forze dell'ordine o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso.
7. Copia dell'eventuale referto autoptico.

La Società, informata del decesso, potrà fornire una richiesta di documentazione personalizzata e indicare l'importo liquidabile da comunicare eventualmente al Giudice Tutelare; potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

Il pagamento delle somme dovute sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla consegna della documentazione necessaria. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso.

13. TASSE E IMPOSTE

Tasse e imposte relative al presente contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

14. FORO COMPETENTE

In caso di controversie relative al contratto, delle quali sia parte un Consumatore quale definito dall'art. 1469 bis del Codice Civile, foro competente è quello della residenza o domicilio elettivo del Consumatore.

15. DEFINIZIONE DI NON FUMATORE E DI FUMATORE

L'Assicurato è definito non-fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei dodici mesi precedenti; è definito fumatore se non rilascia la dichiarazione di cui sopra.

16. MODIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE E DI FUMATORE

Nel caso di modifica lo stato di non-fumatore e di fumatore dell'Assicurato, intervenuta nel corso della durata del contratto, il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a darne informazione alla Società, a mezzo lettera raccomandata.

17. PASSAGGIO DI STATO DA NON FUMATORE A FUMATORE

La Società, ricevuta la comunicazione di cui al precedente art. 16 che l'Assicurato, dichiaratosi non-fumatore, ha iniziato o ricominciato a fumare, provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto, per Assicurati fumatori per garantire il capitale assicurato, determinato in base all'età ed alla durata fissate alla decorrenza del contratto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

In caso di mancata comunicazione, la Società pagherà in caso di decesso, in luogo del capitale assicurato, un importo ridotto, che si ottiene moltiplicando il capitale assicurato per il rapporto tra il premio di Polizza e il premio dovuto se l'Assicurato si fosse dichiarato fumatore.

18. PASSAGGIO DI STATO DA FUMATORE A NON FUMATORE

La Società, ricevuta la comunicazione di cui al precedente art. 16 attestante che l'Assicurato ha smesso di fumare da almeno dodici mesi, corredata da una certificazione rilasciata dal Medico curante, provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto, per Assicurati non-fumatori, per garantire, il capitale assicurato, determinato in base all'età ed alla durata fissata alla decorrenza del contratto.

La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

CONDIZIONI SPECIALI

Condizioni speciali di carenza

Nel caso la Polizza sia assunta “senza visita medica”, qualora il decesso dell’Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dall’entrata in vigore e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Il periodo di carenza deve intendersi di anni sette qualora la Società richieda all’Assicurato di sottoporsi ai test H.I.V. ricevendone un rifiuto. Tale condizione si applica anche in caso di assunzione “con visita medica”.

Qualora la Polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel testo della Polizza stessa - l’applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell’entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di perfezionamento delle assicurazioni sostituite.

Condizioni speciali “Clienti selezionati” (Tar. 113T)

Fatte salve le condizioni generali previste dalla tariffa base (Tar. 8AN), qualora l’Assicurato presenti risultati nella norma in seguito agli accertamenti sanitari previsti in base all’ammontare del capitale sotto rischio e sia inoltre in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) età all’ingresso non superiore a 64 anni (calcolata al compleanno più prossimo);
- 2) stato di non fumatore da almeno 36 mesi;
- 3) attività professionale e/o sportiva praticata non pericolosa;
- 4) non utilizzo di voli privati e/o elicotteri;
- 5) valori di “eccellenza” riconducibili allo stato di salute e riscontrabili dai seguenti esami diagnostici: glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, creatinemia, PSA, circonferenza vita, BMI (indice di massa corporea), familiarità negativa per tumori e malattie cardiache;

la Polizza potrà essere assunta alle condizioni migliorative della tariffa “Clienti selezionati” (Tar. 113T).

La durata della Polizza è compresa tra un minimo di 1 ed un massimo di 15 anni, tenendo comunque presente che l’età massima dell’Assicurato nel corso della durata è di 65 anni.

Il capitale minimo assicurato non può essere inferiore a 350.000,00 Euro.

In caso di variazione dello stato di non fumatore dell’Assicurato, la Polizza sarà sostituita alle condizioni previste dalla tariffa base, utilizzando per la tariffazione l’età e la durata determinate alla data di variazione dello stato tabagico.

Assicurazione Complementare Infortuni

(applicabili qualora specificatamente richiamate in Polizza)

1. DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato o di una invalidità permanente superiore al 70%.

Sono comunque considerati infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti e le ernie);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sono compresi in garanzia:

- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi.

2. OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società liquiderà il capitale assicurato indicato in Polizza qualora:

- 1) l'infortunio provochi la morte dell'Assicurato, anche se successiva alla scadenza del contratto, ma verificatasi entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio stesso.
Il capitale verrà corrisposto ai Beneficiari caso morte indicati in Polizza.
- 2) L'infortunio provochi una invalidità permanente dell'Assicurato di grado superiore al 70%, determinata secondo quanto previsto all'articolo seguente.
Il capitale verrà liquidato all'Assicurato.
- 3) L'Assicurato si trovi a bordo di autoveicoli o di mezzi circolanti su rotaie e l'infortunio sia conseguenza diretta ed immediata di una collisione accidentale con un altro veicolo, urto contro ostacoli fissi o mobili, ribaltamento o uscita di strada. In tal caso verrà liquidato un ulteriore capitale di ammontare pari a quello assicurato in caso di morte o di invalidità permanente superiore al 70%. La liquidazione di questo capitale avverrà con le stesse modalità previste in ciascun caso di operatività dell'Assicurazione complementare infortuni.

3. INVALIDITÀ PERMANENTE

Si considera invalidità permanente la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente e che questa si sia verificata entro un anno dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio (anche successiva alla scadenza del contratto), la Società liquida (per ogni arto od organo già integro e sano) la somma assicurata se l'invalidità permanente è di grado superiore al 70%, calcolata in base alle seguenti percentuali, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato. Le percentuali sottoriportate si intendono riferite: la prima, alla parte destra, la seconda, alla parte sinistra del corpo. Per la perdita: totale di un arto superiore 70/60%; della mano e dell'avambraccio 60/50%; di un arto inferiore al disopra del ginocchio 60%; di un arto inferiore all'altezza o al disotto del ginocchio 50%; di un piede 40%; del pollice 18/16%; dell'indice 14/12%; del mignolo 12/10%; del medio 8/6%;

dell'anulare 8/6%; di un alluce 5%; di ogni altro dito del piede 3%; per la sordità completa di un orecchio 10%, di ambedue le orecchie 40%; per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio 25%; per la perdita della milza 10%; per la perdita di un rene 20%; per la perdita totale della voce 30%. Il capitale assicurato verrà liquidato qualora si verifichi la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di un arto inferiore, come pure lo stato di alienazione mentale che rende l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Qualora l'Assicurato risulti essere mancino, le percentuali di invalidità permanente previste in tabella per l'arto superiore destro varranno per l'altro superiore sinistro e viceversa.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, il grado dell'invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, il grado di invalidità è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

4. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata da un certificato medico, deve essere fatta alla Direzione della Società od all'Agenzia cui è assegnata la Polizza nel termine di 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

Avvenuto l'infortunio l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato e i suoi familiari devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

La inosservanza dolosa degli obblighi di cui sopra comporta la perdita al diritto alla indennità; se l'inosservanza è colposa le indennità sono ridotte in ragione del pregiudizio sofferto dalla Società.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipi sull'indennità.

5. CRITERI DI INDENNIZZO

Il diritto all'indennità per invalidità permanente superiore al 70% è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, ma non ancora corrisposta, la Società paga agli eredi dell'Assicurato la somma assicurata in caso di invalidità permanente superiore al 70% secondo le norme della successione testamentaria legittima.

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

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente superiore al 70% è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

6. CONCORRENZA CON ALTRE APPENDICI

Il riconoscimento, a norma delle presenti Condizioni, dell'invalidità permanente in misura superiore al

70%, non implica di per sé il riconoscimento dell'invalidità prevista da altre garanzie di Polizza che contemplino invalidità totale o permanente, per le quali valgono le Condizioni in ciascuna previste.

7. LIMITI DI GARANZIA

L'assicurazione resta operante anche durante il servizio militare di leva in tempo di pace, o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai (salvo, in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazione, sci acrobatico, bob, rugby;
- b) dalla partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; da guida e uso di veicoli o natanti a motore, nella partecipazione a corse e gare (e relative prove), salvo che si tratti di regolarità pura.

Sono pure esclusi:

- c) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza, dall'abuso di alcoolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) le lesioni determinate da sforzi ed in ogni caso gli infarti;
- h) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

8. INFORTUNI AERONAUTICI

Premesso che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla guida di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplano, ultraleggeri, parapendio), l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclub;
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo.

In ogni caso, fermi restando i limiti di copertura previsti dalla presente garanzia complementare, qualora vengano eventualmente ad accumularsi sullo stesso Assicurato più assicurazioni che includono la copertura del rischio aeronautico, stipulate dallo stesso Assicurato o da altri sulla sua persona, la somma dei capitali tra la presente e le altre assicurazioni non deve superare i limiti di:

- Euro 1.032.913,80 per il caso morte;
- Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente di grado superiore al 70%.

Il Contraente e l'Assicurato si impegnano a comunicare alla Società la successiva stipulazione di altre assicurazioni che includono la copertura degli infortuni aeronautici, qualora il totale dei capitali assicurati superi il limite di cui al punto precedente.

La Società dichiara che il premio relativo alla presente garanzia per gli infortuni aeronautici è pari al 2,00% del premio netto della garanzia complementare infortuni.

9. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

10. NON CUMULATIVITÀ DELLE GARANZIE CASO DI MORTE E INVALIDITÀ SUPERIORE AL 70%

La Società corrisponderà il capitale assicurato unicamente o per il caso di morte o per il caso di invalidità permanente superiore al 70% conseguenti ad infortunio (anche se le garanzie sono operanti entrambe). Pertanto la liquidazione del capitale per invalidità permanente superiore al 70% comporta l'estinzione dell'Assicurazione complementare infortuni.

11. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, le Parti di comune accordo potranno conferire per iscritto mandato a decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, ad un collegio di tre medici.

12. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle somme assicurate verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

13. RISOLUZIONE - CESSAZIONI PER LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione complementare si intende risolta quando sull'assicurazione principale cessa, per qualsivoglia motivo, la corresponsione dei premi. L'assicurazione complementare cessa automaticamente al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 75 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

14. RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Per quanto non risulta previsto dalle presenti Condizioni, valgono le Condizioni Generali di Assicurazione.

Assicurazione Complementare d'Invalidità

(applicabili qualora specificatamente richiamate in Polizza)

ART. 1.

Se l'Assicurato durante il periodo contrattuale, ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto in appresso previsto, la Società esonera il Contraente dal pagamento dei premi, relativi alla Polizza cui la presente assicurazione complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità.

ART. 2.

Ai sensi e per gli effetti della presente assicurazione complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

ART. 3.

La garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti:

- a tentato suicidio;
- ad infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile, dell'Assicurato;
- a cause di guerra.

ART. 4.

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo di lettera raccomandata, accludendo un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità.

A richiesta della Società il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:

- di rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di invalidità;
- di fornire tutte le prove che la Società riterrà opportuno per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
- di consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

ART. 5.

L'invalidità permanente e totale, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al precedente articolo.

In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi ed il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:

- di raggiungere la Società circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- di fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- di consentire che la Società accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

ART. 6.

Qualora l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la

cessazione, le parti di comune accordo potranno deferire la risoluzione della controversia, con apposito atto scritto, ad un collegio di tre medici.

ART. 7.

Finché lo stato di invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata l'invalidità, o la persistenza di essa, verrà invece restituito l'importo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

ART. 8.

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente che all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi, dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio arbitrale previsto dall'art. 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

ART. 9.

In caso di annullamento della Polizza la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i sovrappremi pagati restano acquisiti alla Società.

GARANZIE COMPLEMENTARI

Le Condizioni Speciali - Carenza per Assicurazioni Senza Visita Medica - si applicano anche alla presente Assicurazione Complementare di Invalidità; pertanto se l'invalidità si verifica entro il periodo di carenza, l'Assicurazione complementare si annulla ed il relativo sovrappremio resta acquisito alla Società.

Inoltre se la Polizza prevede anche l'Assicurazione Complementare per il caso di morte in seguito di infortunio (Assicurazione Complementare Infortuni), tale garanzia cessa al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni.

FORMULA VITA

TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE

GLOSSARIO

ANNO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso all'atto della stipulazione o in epoca successiva per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

ASSICURATO

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. 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 dal Contraente quando viene stipulato il contratto o in epoca successiva, che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

CAPITALE IN CASO DI DECESSO

Prestazione corrisposta al Beneficiario al verificarsi del decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

CAPITALE IN CASO D'INVALIDITÀ

Prestazione corrisposta sotto forma di capitale in caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente, così come definita nelle Condizioni di Assicurazione, conseguente ad infortunio o malattia dell'Assicurato.

CARENZA

Eventuale periodo, espressamente citato nelle Condizioni di Assicurazione, durante il quale le garanzie del contratto di Assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

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 il contratto sottoscritto dalla Società oppure la comunicazione dell'accettazione della Proposta da parte della Società.

CONDIZIONI CONTRATTUALI (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di Assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Insieme di clausole contrattuali riferite alla prestazione principale e alle prestazioni accessorie o complementari relative ad una determinata forma tariffaria.

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 stipula il contratto di Assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

CONTRATTO (O POLIZZA) DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Contratto di Assicurazione con il quale la Società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle Polizze di Assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali Polizze caso vita, Polizze caso morte, Polizze miste.

COSTI (O SPESE)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

COSTI ACCESSORI (O COSTI FISSI, O DIRITTI FISSI, O COSTI DI EMISSIONE, O SPESE DI EMISSIONE)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

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)

Possibilità di portare in detrazione delle imposte sui redditi secondo la normativa vigente, tutto o parte del premio versato per determinate tipologie di contratti o garanzie assicurative.

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi. Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso.

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di Assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo intercorrente tra la decorrenza e la scadenza durante il quale il contratto è efficace.

DURATA DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Periodo durante il quale è dovuto il versamento dei premi previsti dal contratto.

ESCLUSIONI

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

ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ

In caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente, così come definita nelle Condizioni di Assicurazione, conseguente ad infortunio o malattia dell'Assicurato, il contratto rimane regolarmente in vigore per l'intera sua prestazione senza che siano dovuti i premi residui relativi alla garanzia principale.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

ETÀ ASSICURATIVA

Età dell'Assicurato, espressa in anni interi, calcolata al compleanno più prossimo.

FASCICOLO INFORMATIVO

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al Cliente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di Proposta.

GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

Copertura assicurativa che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio, la liquidazione di un ulteriore capitale, generalmente uguale a quello della garanzia principale. È possibile prevedere il raddoppio del capitale in caso l'infortunio sia conseguenza di incidente stradale.

GARANZIA COMPLEMENTARE (O ACCESSORIA)

Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso d'invalidità.

GARANZIA PRINCIPALE

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinare altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Principio secondo cui le somme dovute dalla Società al Contraente o al Beneficiario, a fronte di contratti di Assicurazione sulla vita, non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Vedi “Società”.

INFORTUNIO

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

INTERESSI O DIRITTI DI FRAZIONAMENTO

Maggiorazione applicata alle rate in cui viene eventualmente suddiviso il premio annuo per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di Assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

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.

ISVAP

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 della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

NOTA INFORMATIVA

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP 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 primo premio pattuito.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

POLIZZA

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di Assicurazione; la suddetta prova può anche essere costituita da una lettera di accettazione da parte della Società della Proposta sottoscritta dal Contraente.

POLIZZA CASO VITA

Contratto di Assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione principale (un capitale o una rendita) nel caso in cui l'Assicurato sia in vita ad una data prestabilita (scadenza o termine del differimento).

POLIZZA CASO MORTE (O IN CASO DI DECESSO)

Contratto di Assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Può essere *temporanea*, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro un termine prestabilito (scadenza del contratto), o *a vita intera*, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

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.

POLIZZA MISTA

Contratto di Assicurazione sulla vita che garantisce il pagamento di un capitale o di una rendita vitalizia se l'Assicurato è in vita alla scadenza prestabilita e, al tempo stesso, il pagamento di un capitale al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

PREMIO ANNUO

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di Assicurazione; l'interruzione del pagamento del premio annuo determina, di norma, la cessazione del contratto o la sua riduzione.

PREMIO RATEIZZATO O FRAZIONATO

Parte del premio annuo risultante dalla suddivisione 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 diritti o interessi di frazionamento.

PREMIO UNICO

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica al momento del perfezionamento 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 un anno.

PRESTAZIONE ASSICURATA

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

PRESTITO

Somma che il Contraente, se previsto dalla forma tariffaria, può richiedere alla Società nei limiti del valore di riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente mediante apposita Appendice. Non previsto per le Polizze temporanee caso morte.

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.

PROPOSTA

Documento 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. Qualora il Contraente sia persona diversa dall'Assicurato, il documento deve essere sottoscritto anche da quest'ultimo.

QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO)

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, rilasciato su carta intestata della Società, che prova l'avvenuto pagamento del premio.

RECESSO (O RIPENSAMENTO)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un termine prestabilito 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 e con le modalità indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento dei premi arretrati, maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

RICORRENZA ANNUALE

Ogni anniversario della data di decorrenza del contratto di Assicurazione.

RIDUZIONE

Diminuzione della prestazione assicurata, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione, da parte del Contraente, del pagamento dei premi annui, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per le Polizze temporanee caso morte.

RISCATTO

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente determinate tipologie di contratti, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione. Non prevista per le Polizze temporanee caso morte.

RISCHIO DEMOGRAFICO

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del contratto di Assicurazione sulla vita: infatti l'impegno della Società di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

RISERVA MATEMATICA

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

SCADENZA CONTRATTUALE

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SCADENZA ANNIVERSARIA

Vedi "Ricorrenza annuale".

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato dal contratto (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

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.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le Polizze caso morte o miste nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio conseguenti a condizioni di salute (sovrappremio sanitario) oppure ad attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

TASSO DI PREMIO

Importo indicativo di premio per unità di prestazione.

TRASFORMAZIONE

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

VINCOLO

Vedi "Cessione".

Tutti i dati contenuti nei documenti
facenti parte del presente Fascicolo sono
aggiornati al 30/04/2008



Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI



TORO ASSICURAZIONI S.p.A. a socio unico - Codice fiscale e Registro Imprese di Torino n. 13432270158 - CCIAA Torino n. 1013376 - Capitale Sociale Euro 184.173.606 i.v. - Part. Iva 13432270158 - Sede Legale: Via Mazzini 53, 10123 Torino - Impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartenente al gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi - Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

Divisione Lloyd Italice - Sede: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - tel. 010/53801 - fax 010/592856

