

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



 **Lloyd Italic**

MARCHIO DI ALLEANZA TORO S.p.A.

FORMULA VITA

CONTRATTO DI PURO RISCHIO

NOTA INFORMATIVA

(I dati contenuti nel presente documento
sono aggiornati al 30 novembre 2010)

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

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

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

- a) Alleanza Toro S.p.A. (di seguito "Società" o "Impresa") è una Società per Azioni appartenente al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 026.
- b) La sede legale è in via Mazzini, 53 - 10123 Torino - Italia.
Sede di Genova: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - Italia
- c) Telefono: 010 53801. Indirizzo telematico: www.alleanzatoro.it - e-mail: info@alleanzatoro.it
- d) Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2703 dell'11 giugno 2009, iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00172.

Si rinvia al sito internet www.lloyditalico.it per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto di Alleanza Toro S.p.A. ammonta a €6.781.536.837, di cui €300.000.000 di capitale sociale interamente versato e €6.481.536.837 di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità della gestione vita è pari a 172,83%: 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

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 a scadenza deve essere di 75 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazioni in caso di decesso

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

Il capitale assicurato è di importo costante per tutta la durata contrattuale.

La prestazione assicurativa è subordinata, oltre ad una determinata età ed un determinato importo di capitale, al 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 laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società.

Si rinvia agli artt. 2 - 3 - 4 delle Condizioni di assicurazione per ogni dettaglio sulla prestazione e sui limiti della copertura assicurativa.

b) Coperture complementari

Prestazione in caso di decesso o di invalidità dell'Assicurato a seguito di infortunio

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 a seguito di infortunio provocato da incidente stradale.

Le prestazioni assicurative sono subordinate, oltre ad una determinata età ed un determinato importo di capitale, al 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 laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società.

Prestazione in caso di attivazione della “Garanzia di famiglia”

A richiesta del Contraente è possibile prevedere il pagamento ai figli sopravvissuti di un capitale, in aggiunta a quello di cui al punto a), nel caso di morte del coniuge dell'Assicurato, contestuale o successiva a quella dello stesso Assicurato e purché entro la data di scadenza del contratto.

Si rinvia agli artt. 2 - 3 - 6 delle condizioni speciali di assicurazione per ogni dettaglio sulle prestazioni, sulle modalità di abbinamento e sulle limitazioni della garanzia.

Si richiama l'attenzione del Contraente circa la necessità di leggere attentamente le avvertenze e le raccomandazioni contenute in proposta relative alla compilazione dei questionari contenenti informazioni circa la professione svolta, gli sport praticati, lo stato di fumatore/non fumatore, lo stile e le abitudini di vita.

4. PREMI

Il premio è determinato 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 e dello stile di vita.

Il contratto prevede che il premio sia pagato su base annua anticipata (premio annuo), per tutta la durata contrattuale ma non oltre l'anno assicurativo di decesso dell'Assicurato. Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali o mensili (si rinvia al punto 5.1.1 per i relativi costi).

Trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si risolve e le rate di premio pagate restano acquisite alla Società.

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

Il presente contratto non prevede la possibilità di riduzione o di riscatto.

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

- assegno “non trasferibile” intestato a “Alleanza Toro S.p.A.” oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente di Alleanza Toro S.p.A.;
- assegno “non trasferibile” intestato all'Agente quale “Titolare del mandato di Alleanza Toro S.p.A. in qualità di Agente Lloyd Italico” o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale “Titolare del mandato di Alleanza Toro S.p.A. in qualità di Agente Lloyd Italico”.

Si rinvia agli artt. 9 - 10 - 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. Informazioni su costi, sconti, regime fiscale

5. COSTI

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Di seguito si riportano i costi applicati ai premi versati della forma base:

Diritti di emissione del contratto

IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
€4,13	In unica soluzione all'atto della sottoscrizione	Maggiorazione del primo premio versato

Diritti di incasso

IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
€1,03	A ogni versamento	Incluso nel premio versato

Spese di frazionamento

	IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
Mensile	5,0% del premio	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Trimestrale	3,0% del premio	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Semestrale	2,0% del premio	A ogni versamento	Incluso nel premio versato

Costi fissi

IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
Per capitali inferiori o uguali a €100.000,00: €30 annui	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Per capitali compresi tra €100.000,00 e €200.000,00: crescente linearmente da €30 annui a €40 annui	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Per capitali superiori o uguali a €200.000,00: €40 annui	A ogni versamento	Incluso nel premio versato

Caricamenti

IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
8,5% del premio per durata 1 anno	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
12,5% del premio per durate superiori a 1 anno	A ogni versamento	Incluso nel premio versato

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto nell'anno 2009, è pari al 59%.

6. SCONTI

“Clienti selezionati”

Per i “Clienti selezionati” è applicabile una particolare tariffa che prevede uno sconto rispetto agli importi di premio previsti dalla tariffa base finora descritta. 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 da opportune dichiarazioni. I capitali assicurati devono essere superiori a € 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 a scadenza deve essere di 65 anni.

Alla presente tariffa non possono essere abbinate le coperture complementari.

7. 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%, categoria a cui appartiene il presente contratto, danno diritto ad una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% fino ad un massimo di €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

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Per le modalità di perfezionamento e di decorrenza delle coperture assicurative si rimanda all'art. 6 delle Condizioni di assicurazione.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha l'obbligo di versare la prima annualità di premio (Art. 1924 del Codice Civile), fatta salva la facoltà di recesso entro i primi trenta giorni dal perfezionamento del contratto.

Il Contraente può successivamente interrompere il pagamento dei premi.

Trascorsi trenta giorni dalla prima rata non pagata, il contratto si interrompe con perdita dei premi già versati.

Per ogni dettaglio si rimanda all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

10. RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non prevede la possibilità di riscatto né di riduzione delle prestazioni.

In caso di sospensione del pagamento dei premi il Contraente ha facoltà di riattivare il contratto entro 12 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata.

Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione per le modalità, i termini e le condizioni economiche inerenti all'operazione di riattivazione del contratto.

11. 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.

A seguito della revoca la Società rimborsa al Contraente quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

12. 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 delle spese di emissione del contratto, quantificate in €4,13.

13. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE

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.17 delle Condizioni di assicurazione.

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

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla L. 23 dicembre 2005 n. 266 (e successive modificazioni e integrazioni) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta legge 266/2005.

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

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

16. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Alleanza Toro S.p.A. - Reclami Lloyd Italico, via Mazzini 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: reclami.lloyditalico@alleanzatoro.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 Società. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN NET.

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.

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.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

Alleanza Toro S.p.A. nel rispetto delle disposizioni dell'Autorità di Controllo, ha emanato disposizioni interne volte a:

- evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui l'Impresa stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo;
- garantire che comunque, nei casi in cui il conflitto non può essere evitato, gli interessi dei Contraenti non subiscano alcun pregiudizio.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre Società del Gruppo Generali o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

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

Alleanza Toro S.p.A.
Amministratore Delegato
Dott. Luigi de Puppi



FORMULA VITA

TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Tariffe 8AN3 e 113T)

(I dati contenuti nel presente documento
sono aggiornati al 30 novembre 2010)

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1. DEFINIZIONE E OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Il presente contratto è una polizza di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti.

Gli obblighi della Società derivano esclusivamente dalla polizza e dalle appendici da essa firmate.

ART. 2. PRESTAZIONI

Il contratto, in regola con il versamento dei premi, prevede il pagamento, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata contrattuale. In caso di sopravvivenza alla scadenza la polizza si estingue.

Il capitale assicurato è indicato in polizza ed è di importo costante per tutta la durata contrattuale.

ART. 3. ASSICURAZIONE NELLA FORMA BASE (TAR. 8AN3) E NELLA FORMA "CLIENTI SELEZIONATI" (TAR. 113T)

Il contratto nella forma base (tar. 8AN3) è una polizza di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti con costo differenziato per Assicurati fumatori e Assicurati non fumatori.

La Polizza potrà essere assunta alle condizioni migliorative della forma "Clienti selezionati" (Tar. 113T), qualora l'Assicurato presenti risultati nella norma in seguito agli accertamenti sanitari previsti in base all'ammontare del capitale assicurato 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.

ART. 4. LIMITI ASSUNTIVI DELL'ASSICURAZIONE

Forma Base (tar. 8AN3)

Nel caso la polizza sia assunta "senza visita medica" il capitale massimo assicurabile è pari a €200.000,00.

La Società ha tuttavia la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari anche laddove sia normalmente prevista la sola compilazione di un questionario anamnestico; di contro, l'Assicurato stesso può richiedere di essere sottoposto a visita medica nei casi in cui questa non sia normalmente richiesta dalla Società. La durata del contratto può essere scelta tra un minimo di 1 anno ed un massimo di 20 anni, tenendo comunque presente che l'età massima dell'Assicurato a scadenza deve essere di 75 anni.

Forma "Clienti Selezionati" (tar. 113T)

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

La durata del contratto è compresa tra un minimo di 1 ed un massimo di 15 anni, tenendo comunque presente che l'età massima dell'Assicurato a scadenza deve essere di 65 anni.

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

ART. 5. 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.

ART. 6. 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

- il Contraente ha ricevuto per iscritto la comunicazione di assenso da parte della Società.

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

ART. 7. 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 dei diritti di emissione polizza.

ART. 8. RISCHIO DI MORTE: LIMITAZIONI E CARENZA

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.

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.

ART. 9. 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.

ART. 10. 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.

ART. 11. RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro 12 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 12 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'Assicurazione non può essere riattivata.

ART. 12. 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.

ART. 13. RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 14. PRESTITO

La presente Assicurazione non prevede la concessione di prestiti.

ART. 15. 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.

In caso di pegno o vincolo, ogni liquidazione deve essere accompagnata dal consenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2805 del Codice Civile la Società può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

ART. 16. DUPLICATO DELLA POLIZZA

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'originale della Polizza, il Contraente o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato sotto la propria responsabilità.

ART. 17. 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 consegnata 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 od 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.

ART. 18. TASSE E IMPOSTE

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

ART. 19. 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.

ART. 20. 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.

ART. 21. 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.

ART. 22. PASSAGGIO DI STATO DA NON-FUMATORE A FUMATORE

La Società, ricevuta la comunicazione di cui al precedente art. 21 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 ricorrenza anniversaria 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.

ART. 23. PASSAGGIO DI STATO DA FUMATORE A NON-FUMATORE

La Società, ricevuta la comunicazione di cui al precedente art. 21 attestante che l'Assicurato ha smesso di fumare da almeno dodici mesi, 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 ricorrenza anniversaria successiva alla comunicazione.

ART. 24. PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla L. 23 dicembre 2005 n. 266 (e successive modificazioni e integrazioni) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta legge 266/2005.

CONDIZIONI SPECIALI

Assicurazione Complementare Infortuni

ART. 1. DEFINIZIONE DELL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI

Il Contraente può scegliere al momento della sottoscrizione della polizza di abbinare, alla sola forma base (tar. 8AN3), l'Assicurazione Complementare Infortuni. Tale assicurazione garantisce ai Beneficiari indicati in polizza dal Contraente il pagamento di un capitale aggiuntivo rispetto alla garanzia della forma base al verificarsi di determinati eventi descritti al successivo art. 2.

Il capitale assicurato dall'Assicurazione Complementare Infortuni è indicato in polizza.

ART. 2. OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Contraente che ha scelto di abbinare l'Assicurazione Complementare Infortuni può optare tra le seguenti garanzie:

- 1) garanzia morte in caso di decesso da infortunio: la Società liquiderà il capitale assicurato indicato in polizza a condizione che 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. In tal caso il capitale verrà corrisposto ai Beneficiari caso morte indicati in polizza;
- 2) garanzia morte in seguito a decesso per infortunio con raddoppio del capitale assicurato in caso di decesso derivante da infortunio conseguente a incidente della circolazione: in aggiunta alla garanzia del punto precedente verrà liquidato ai Beneficiari un ulteriore capitale uguale a quello assicurato dalla garanzia 1 sopra descritta e che si aggiunge al capitale assicurato dalla forma base. Tale garanzia è prevista nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia causato da infortunio derivante da incidente:
 - cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
 - occorso all'Assicurato come passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre, marittimo o aereo.

ART. 3. LIMITI DELL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI

L'età dell'Assicurato a scadenza non può superare i 75 anni.

ART. 4. 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.

Sono comunque considerati infortuni:

- l'asfissia per involontaria respirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dal successivo art. 5;
- i morsi, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine delle presenti Condizioni Speciali;
- l'affogamento;
- le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;

- quelli conseguenti da imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni o atti di violenza che abbiano movente politico sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio:

- delle occupazioni principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, intendendosi per tali anche le prestazioni attinenti al governo della casa, compresi gli hobbies ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura.

ART. 5. LIMITI DI GARANZIA

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono escluse dall'Assicurazione:

- 1) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso di mezzi subacquei, nonché gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio;
- 2) l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guido slitta), skleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sports aerei in generale;
- 3) la partecipazione a corse o gare e relative prove o allenamenti, salvo che si tratti di:
 - a. raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - b. altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
 - c. regate veliche o raduni cicloturistici;
- 4) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- 5) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- 6) gli infortuni derivanti da stato di guerra o insurrezione;
- 7) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 8) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizioni a radiazioni ionizzanti.

ART. 6. 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 otto 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.

ART. 7. 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.

ART. 8. CONTROVERSIE - ARBITRATO

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.

ART. 9. 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.

ART. 10. RISOLUZIONE - CESSAZIONI PER LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione complementare si intende risolta quando sull'Assicurazione principale cessa, per qualsiasi 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.

ART. 11. RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

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

CONDIZIONI SPECIALI

Garanzia di famiglia

ART. 1. DEFINIZIONE DELLA GARANZIA DI FAMIGLIA

La presente assicurazione, abbinabile alla forma base (tar. 8AN3) garantisce il pagamento di un capitale assicurato nel caso di morte del coniuge dell'Assicurato, a condizione che tale decesso avvenga successivamente alla morte dell'Assicurato, o nel medesimo giorno, ma non oltre la scadenza del contratto relativo alla forma base, sempreché sopravviva almeno uno dei figli.

Il premio di tale garanzia accessoria è dovuto per tutta la durata del contratto purché siano in vita l'Assicurato e il coniuge.

Nel caso di premorienza del coniuge la garanzia accessoria si estingue.

Resta inteso che sono valide le esclusioni di garanzia previste dalle Condizioni Generali della forma base.

La presente garanzia accessoria non acquisisce valori di riduzione e di riscatto nei casi di interruzione del pagamento dei premi della garanzia base.

Il capitale massimo assicurabile dalla presente garanzia è uguale a 160.000 Euro.

FORMULA VITA

CONTRATTO DI PURO RISCHIO

GLOSSARIO

(I dati contenuti nel presente documento
sono aggiornati al 30 novembre 2010)

ANNO ASSICURATIVO

Periodo che intercorre tra una ricorrenza del contratto, intesa come anniversario della decorrenza, e quella successiva, decorrenza e scadenza comprese

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 DI 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.

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 ampliare tale prestazione anche al caso di invalidità da infortunio. È possibile inoltre 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 due anni.

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 alle 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".

MODULO DI PROPOSTA

FORMULA VITA

DATI ANAGRAFICI E CONTRATTUALI

DATA COMPILAZIONE PROPOSTA	AGENZIA	CODICE AGENZIA	CODICE PRODUTTORE	CODICE INCASSO
CONTRAENTE (TITOLO - COGNOME E NOME/RAGIONE SOCIALE) compilare anche se coincidente con l'Assicurato				
		SESSO*	CODICE FISCALE	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA*	PROV. O STATO DI NASCITA (sigla)*	DATA DI NASCITA*	NAZIONALITÀ (sigla)*	
DOMICILIO ABITUALE/SEDE LEGALE ⁽¹⁾	COMUNE	PROV.	NAZ.	C.A.P.
ASSICURATO (TITOLO - COGNOME E NOME)				
		SESSO*	CODICE FISCALE	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA	PROV. O STATO DI NASCITA (sigla)*	DATA DI NASCITA*	NAZIONALITÀ (sigla)*	
RESIDENZA	COMUNE	PROV.	NAZ.	C.A.P.
PROFESSIONE	FORMA DI ASSICURAZIONE			
CODICE TARIFFA	STABILIZZAZIONE PREMIO	FRAZ. MUTUO**	TASSO MUTUO	DURATA/NUMERO PREMI
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M		FRAZ. DEL PREMIO IN RATE**
				<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M
CAPITALE O RENDITA INIZIALI DA ASSICURARE	PREMIO ANNUO NETTO/UNICO	RATA DI PERFEZIONAMENTO	RATE SUCCESSIVE	

⁽¹⁾ Il Contraente deve comunicare alla Società le variazioni del proprio domicilio abituale o, se persona giuridica, della propria sede.

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

<input type="checkbox"/> Gli eredi testamentari o legittimi	<input type="checkbox"/> Il Coniuge, in difetto:
<input type="checkbox"/> I Figli in parti uguali	<input type="radio"/> I Figli in parti uguali
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> Gli eredi testamentari o legittimi
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/> _____

GARANZIE COMPLEMENTARI

<input type="checkbox"/> GARANZIA DI FAMIGLIA: Coniuge dell'Assicurato	<input type="checkbox"/> ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE INFORTUNI
Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> A Capitale aggiuntivo pari a quello dell'assicurazione principale in caso di morte a seguito di infortunio
Data di nascita _____	<input type="checkbox"/> B Capitale aggiuntivo pari a quello dell'assicurazione principale in caso di morte a seguito di infortunio e raddoppio del capitale se l'infortunio è conseguente ad incidente della circolazione

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (solo se diverso dall'Assicurato)

1) In caso di decesso del Contraente, la contraenza della polizza viene attribuita, con i relativi diritti e doveri e compresa la facoltà di revocare la designazione beneficiaria a _____

2) Consta al Contraente che l'Assicurato abbia sofferto di qualche grave malattia? SI NO
Se si quali? _____

* Compilare se il Contraente è una Persona fisica

** Croceregnaare la voce che interessa: U = unico A = annuale S = semestrale Q = quadrimestrale T = trimestrale B = bimestrale M = mensile

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. Indichi i dati del Suo medico curante o del medico precedente se l'attuale lo è da meno di sei mesi:
 Cognome e Nome:
 Indirizzo:
2. a) La Sua attività professionale rientra, anche per analogia, tra le seguenti?
 - autotrasportatore, artigiano edile, muratore, operatore in servizi di sicurezza pubblica o privata (escluso vigili urbani), operatore a bordo di navi o natanti in genere.
 Nello svolgimento della Sua attività opera manualmente:
 - In cantieri in genere o scavi? - Su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra? -
 Su linee o circuiti con tensioni superiori a 380 V? - In fonderie, carpenterie?
- b) È addetto alla produzione di sostanze venefiche? - Opera in pozzi, cave o miniere? - Utilizza esplosivi?
- c) Pratica a livello professionale attività alpinistiche, acrobatiche, subacquee o motoristiche competitive nautiche o terrestri? oppure: Trasporta o manipola esplosivi? - È addetto alla produzione di esplosivi? - Opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere?
- d) Pratica attività professionali rischiose non rientranti in quelle descritte nei punti precedenti?
 in caso affermativo, quali?
3. a) Effettua immersioni subacquee con autorespiratore?
 - le immersioni superano i 15 metri di profondità
- b) Pratica l'alpinismo (accesso a pareti rocciose, ghiacciate o ghiacciai) con guida alpina fino al 4° grado scala U.I.A.A.?
 - oltre il 4° grado o comunque senza guida alpina
- c) Pratica attività sportive o extra professionali che rientrano, anche per analogia, tra quelle sotto elencate:
 - speleologia, free climbing, paracadutismo, torrentismo, sports estremi
 - gare, prove ed allenamenti di: bob, slittino, discesa libera con sci, motorismo (nautico o terrestre - anche di regolarità).
4. a) Si dedica ad attività o sport aerei o aeronautici o svolge attività a bordo di aeromobili (soccorso, posa materiali, esibizione, sorveglianza, etc.)?
- b) Pratica attività non rientranti anche per analogia in quelle descritte nei punti precedenti?
 in caso affermativo, quali?
5. Si reca in aree geografiche pericolose per contesto ambientale o nelle quali sono in corso insurrezioni, atti diffusi di terrorismo, conflitti sociali gravi, stati di belligeranza, sommosse?
 - dove?
 - per quali motivi?
 - qual è il periodo di permanenza medio?

COMPILARE NEL CASO DI POLIZZE ASSUNTE SENZA VISITA MEDICA

6. Fuma o ha fumato?
 In caso affermativo: in quale misura?
 Se ha fumato ha smesso da più di 12 mesi?
7. a) misure somatiche: Altezza cm Peso kg
 b) pressione arteriosa: Massima Minima
8. a) Ha subito o sa di dover subire interventi chirurgici, anche ambulatoriali (ad eccezione di appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, settoplastica nasale, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post-traumatica, meniscectomia, colecistectomia per calcolosi, interventi per ascessi acuti, varicocele, fimosi, ernia inguinale o inguinoscrotale, parto cesareo o conseguenti a lesioni traumatiche agli arti)?
 - quali?
 - quando?
- b) Ha subito o sa di dover subire ricoveri (non riferiti agli interventi chirurgici di cui sopra, o a parti o non conseguenti a lesioni traumatiche agli arti)?
 - per quali motivi?
 - in quali ospedali o case di cura?
 - quando?
9. È stato riconosciuto invalido?
 In caso affermativo, per quale motivo?
 con quale percentuale? _____ %
10. Ha postumi di malattie sofferte in passato?
 - quali?
 - ha malattie in atto (escluse le banali malattie stagionali)?
 - quali?
11. Ha fatto o fa abuso di sostanze alcoliche?
12. Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni?
13. Fa uso continuativo di farmaci? È sottoposto a terapie continuative?
 In caso affermativo, precisare
14. Sono stati riscontrati segni di alterazione su esami di laboratorio, radiologici, elettrocardiografici o altri accertamenti diagnostici da Lei praticati?
 - quali accertamenti?
 - in quale data?
 - quali alterazioni?
15. Sussistono ulteriori notizie relative ad alterazioni, anche pregresse, della Sua situazione clinica, non espressamente richieste nel presente questionario?
 - quali?
 - a quando si riferiscono?
 - qual è la situazione attuale?

REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Prima della conclusione del contratto, la proposta è revocabile; successivamente il Contraente può recedere dal contratto. Le relative modalità sono riportate in Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione. In ogni caso la Società ha diritto a recuperare le spese di emissione polizza, quantificate in Euro 4,13.

I sottoscritti Contraente ed Assicurato:

- devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- sono a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, riportate nella presente proposta, possono compromettere il diritto alla prestazione in quanto le garanzie operano, in rapporto alle dichiarazioni sopra riportate, a norma degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Il sottoscritto Assicurato verificata l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario:

- si obbliga a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa, quando ciò sia previsto dalla forma di assicurazione stipulata, la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta, e che potrà prevedere il test sull'AIDS. Dovrà rivolgersi a medici di gradimento della Società utilizzando supporti da questa predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti;
- è altresì informato che, anche se non espressamente richiesto dalla Società, può sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a proprio carico;
- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici che lo hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc., ai quali la Società crederà, in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

ATTENZIONE: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati alla Società, ovvero all'Agente nella sua qualità di intermediario della Società, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Società è rappresentata dall'indicazione dell'importo pagato e dall'apposizione della firma del Soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver sottoscritto il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto;
- di aver avuto completa ed esaustiva soddisfazione rispetto a tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- di aver ricevuto la nota informativa, le condizioni di assicurazione e il glossario contenuti nel fascicolo informativo (Mod. S11L-144) completo di tutta la documentazione elencata in copertina e di aver preso atto di quanto in essi contenuto;
- di aver preso atto di quanto riportato sul retro in merito all'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03.

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

L'AGENTE

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nella presente proposta con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (*Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2359 fax 041.336.2449*). Il sito www.alleanzatoro.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

