

CODICE TARIFFA

1134

FORMA TECNICA

Temporanea per il caso di morte a copertura del debito residuo di mutuo ipotecario a premio unico.

ETÀ DI SOTTOSCRIZIONE

18 - 74 anni.

DURATA DEL CONTRATTO

Da 1 a 20 anni. (Età massima a scadenza 75 anni).

PAGAMENTO PREMIO

Versamento unico.

PRESTAZIONE

Nel corso della durata contrattuale, in caso di morte dell'assicurato, viene garantito il pagamento del debito residuo del mutuo.

COSTI

Il caricamento medio è pari al 11,5%. Il premio è calcolato in base all'età, al sesso e al capitale assicurato.

LIMITI ASSUNTIVI

Vedi tabella:

Capitali assicurati	Età fino a 50 anni	Età da 51 a 60 anni	Oltre 60 anni
Fino a €150.000,00	Dichiarazione buono stato di salute Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Dichiarazione buono stato di salute Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Rapporto visita medica; Ricerca anticorpi anti HIV (*) Esame completo delle urine Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro
Da € 150.000,01 A € 260.000,00	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Esame teleradiografico del torace; Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; Azotemia glicemia e creatininemia; Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia; Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; Velocità di eritrosedimentazione; Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Certificato del Medico curante; Esame teleradiografico del torace; Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; Azotemia glicemia e creatininemia; Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia; Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; Velocità di eritrosedimentazione; Ricerca anticorpi anti HIV (*)
Oltre € 260.000,00	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Certificato del Medico curante; Esame teleradiografico del torace; Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro Azotemia glicemia e creatininemia; Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina); Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; Velocità di eritrosedimentazione; HBSAG; Anti-HCV Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Certificato del Medico curante; Esame teleradiografico del torace; Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; Azotemia glicemia e creatininemia; Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina); Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; Velocità di eritrosedimentazione; HBSAG; Anti-HCV Ricerca anticorpi anti HIV (*)	Rapporto visita medica; Esame completo delle urine; Certificato del Medico curante; Esame teleradiografico del torace; Ecg a riposo e da sforzo massimale al cicloergometro; Azotemia glicemia e creatininemia; Lipemia totale, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, Prove complete della funzionalità epatica (transaminasi, Gamma G.T., bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico e fosfatasi alcalina); Esame cromocitometrico e morfologico del sangue; Velocità di eritrosedimentazione; HBSAG; Anti-HCV Ricerca anticorpi anti HIV (*)

(*) Nel caso in cui l'Assicurato non intenda eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività (facoltativi), rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avviene entro i primi sette anni dall'inserimento nella polizza collettiva e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario

- Valuta beneficiario: coincide con la data di decorrenza del contratto
- Coordinate bancarie: Paese IT - cd 19 - cin T - ABI 05000 - CAB 03200 - c/c CC0027011400 presso ICBPI (Istituto Centrale delle Banche Popolari Italiane)
- Beneficiario: EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A.
- Nome Contraente e numero polizza

N.B. compilare il campo 099 - informazioni destinatari, con i dati:

/DESTIN/data_decorrenza_polizza/data_incasso/numero_polizza