



## **FASCICOLO INFORMATIVO**

**Redatto ai sensi del Regolamento ISVAP del 26/05/2010 numero 35**

**Polizza Collettiva di Assicurazione sulla vita temporanea caso morte numero 2608**

## **ASSICURAZIONE CQP**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:**

- 1) Nota Informativa Vita**
- 2) Glossario**
- 3) Condizioni di Assicurazione**
- 4) Modulo di Rilevazione Dati**

**deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.**

## **AVVERTENZA**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

## NOTA INFORMATIVA VITA

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

**Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Polizza prima della sottoscrizione, rispettivamente, del Contratto di Assicurazione e del Modulo di Rilevazione Dati.**

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **1. Informazioni Generali**

Impresa:

**Credit Life AG**, società appartenente al gruppo RheinLand e soggetta a direzione e coordinamento da parte di Rheinland Versicherungsgruppe.

Sede legale e direzione generale: RheinLandplatz, D-41460 Neuss, Germania.

Recapito telefonico: 49 (0) 2131 - 2010 7000.

Sito Internet: <http://www.creditlife.net>.

Indirizzo di posta elettronica: [service@creditlife.net](mailto:service@creditlife.net).

**Credit Life AG** è Impresa autorizzata a commercializzare i propri prodotti in Italia in libera prestazione di servizi, iscritta all'Elenco II dell'Albo delle imprese di assicurazione n° II.01228.

Impresa sottoposta al controllo della seguente Autorità di Vigilanza: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn.

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

##### **Credit Life AG**

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari ad euro 43,3 milioni.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari ad euro 7,1 milioni.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari ad euro 24,3 milioni.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 241,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2015.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE COPERTURE OFFERTE

#### **3. Prestazioni assicurative e Coperture offerte**

La durata del Contratto di Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza, è pari alla durata del Finanziamento e, fatto salvo il caso di rimborso anticipato del Prestito, non potrà essere inferiore a 2 (due) anni e maggiore di 10 (dieci) anni, fatte salve le ipotesi di proroga previste dall'art. 4.6 delle Condizioni di Assicurazione.

**Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti Prestazioni assicurative:**

##### **a) Prestazioni in caso di Decesso**

L'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di Decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso della Copertura Vita, una somma pari al valore, scontato al TAN previsto per il Finanziamento oggetto della Copertura Vita alla presente Assicurazione, delle quote mensili rimaste insolte aventi scadenza successiva al Decesso dell'Assicurato e delle quote rimaste totalmente o parzialmente insolte aventi scadenza antecedente al Decesso che beneficiano dell'Accodamento, escludendo quindi gli interessi percepiti dal Contraente nell'operazione di Finanziamento. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla Prestazione.

##### **AVVERTENZA**

Sono previste Esclusioni dell'Assicurazione, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione.

Per maggior dettaglio si rinvia agli articoli 2 – “Oggetto dell'Assicurazione”, 7 – “Denuncia di Decesso e modalità di liquidazione”, 8 – “Esclusioni”, delle Condizioni di Assicurazione.

Non sono applicate franchigie.

## **AVVERTENZA**

L'Assicurato ha un'età compresa tra 50 (cinquanta) anni e 83 (ottantatré) anni e al termine del Prestito non deve aver compiuto 86 (ottantasei) anni.

## **AVVERTENZA**

Prima della sottoscrizione leggere le raccomandazioni ed avvertenze contenute nel Modulo di Rilevazione Dati allegato al presente Fascicolo Informativo relative alla compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico Completo. E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni dell'Impresa che potrebbero anche pregiudicare il diritto del Beneficiario di ottenere il pagamento della Prestazione.

**Le dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto all'Indennizzo ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

Circa gli effetti di dichiarazioni inesatte o reticenti si rimanda all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le AVVERTENZE relative alle informazioni rese sul suo stato di salute nel Questionario Medico Semplificato e nel Questionario Anamnestico Completo.

## **4. Premi**

Il Premio è indipendente dal sesso dell'Assicurato ed è determinato in base all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alla durata del Finanziamento, all'ammontare dello stesso. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza del Contratto, il Premio rimarrà acquisito dall'Impresa quale corrispettivo del rischio corso.

Si rinvia per la disciplina specifica all'articolo 6 – “Premio Assicurativo” delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio è posto a carico del Contraente e viene versato in via anticipata all'Assicuratore ed in un'unica soluzione.

### **Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.**

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio. Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Nessuna commissione è dovuta al Contraente.

I costi a carico del Contraente gravanti sul Premio sono di seguito rappresentati:

### **Composizione del Premio Assicurativo:**

- Premio puro: 83% (ottantatré per cento) del premio lordo (tasse escluse).
- Provvigioni di intermediazione: 5% (cinque per cento) del premio lordo (tasse escluse).
- Spese di amministrazione: 12% (dodici per cento) del premio lordo (tasse escluse).

### **Esempio:**

- Premio unico anticipato: € 100,00 (cento).
- Premio puro: € 83,00 (ottantatré).
- Provvigioni di intermediazione: € 5,00 (cinque).
- Spese di amministrazione: € 12,00 (dodici).

## **AVVERTENZA**

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

## **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**

### **5. Costi gravanti sul Premio**

I costi dell'Assicurazione, così come indicato nella sezione B, articolo 4, della presente Nota Informativa, sono interamente gravanti sul Contraente.

### **Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.**

L'Impresa detrae le spese di amministrazione dall'importo del Premio.

### **6. Sconti**

L'Impresa non applica sconti di Premio.

## **7. Regime Fiscale**

Il Premio relativo alla Copertura Vita è attualmente esente da imposta.

La Prestazione erogata in caso di Decesso è esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

In caso di Decesso è comunque opportuno verificare eventuali modifiche ove successivamente intervenute nella normativa fiscale.

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SULL' ASSICURAZIONE**

### **8. Modalità di perfezionamento dell'Assicurazione**

La Copertura Vita è consentita soltanto alle persone fisiche intestatarie di un Finanziamento erogato dal Contraente. Per la disciplina specifica si rinvia all'articolo 3 – “Rischi assicurabili e formalità di ammissione al Contratto di Assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.

### **9. Revoca della Proposta**

Il Contraente può revocare la richiesta di Applicazione per un Assicurato che abbia dato il proprio consenso alla stipulazione dell'Assicurazione sulla propria vita prima che questa venga accettata dall'Impresa.

La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente i dati identificativi dell'Assicurato e del Prestito inviata all'Intermediario al seguente indirizzo:

CBP Italia  
Viale Lancetti 43  
I-20158 Milano

Entro 30 (trenta giorni) dalla data di ricevimento della comunicazione di revoca, l'Impresa restituirà al Contraente l'intero Premio (eventualmente) già corrisposto.

### **10. Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere da una singola Applicazione all'Assicurazione **entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza della stessa** per mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Intermediario Assicurativo incaricato della: CBP Italia - Viale Lancetti 43 20158 Milano. Le comunicazioni di recesso inviate correttamente all'Intermediario Assicurativo sono considerate come inviate all'Assicuratore.

L'Impresa provvede a restituire al Contraente, per il tramite dell'Intermediario Assicurativo, il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale l'Assicurazione ha avuto effetto, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Per maggior dettaglio si rinvia all'articolo 9 – “Diritto di Recesso” delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contratto di Assicurazione non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte dell'Impresa. Per maggior dettaglio si rinvia all'articolo 9 – “Diritto di Recesso” delle Condizioni di Assicurazione.

### **11. Documenti da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle Prestazioni e termini di prescrizione.**

L'Assicurazione prevede le modalità per la denuncia del Decesso. Per la disciplina specifica alla documentazione da consegnare all'Impresa si rinvia all'articolo 7 – “Denuncia di Decesso e modalità di liquidazione” delle Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa, per il tramite dell'Intermediario, provvederà alla liquidazione delle somme dovute, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione del modulo di quietanza antiriciclaggio e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta.

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono dopo 10 (dieci) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Qualora il Beneficiario ometta di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge numero 266 del 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

### **12. Legge applicabile al Contratto di Assicurazione**

La legge applicabile al Contratto di Assicurazione è quella italiana.

### **13. Lingua in cui è redatto il Contratto di Assicurazione**

L'Assicurazione, ogni documento ad essa allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatte in lingua italiana.

#### **14. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale relativi alla Copertura Vita devono essere inoltrati per iscritto mediante posta, telefax o e-mail all'Intermediario CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 20158 Milano; email: [info@cbp-italia.eu](mailto:info@cbp-italia.eu); fax: 0268826940. I reclami correttamente inviati all'Intermediario assicurativo si considerano inviati direttamente all'Assicuratore.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Assicuratore o dell'Intermediario di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) inviando il reclamo al seguente indirizzo: IVASS Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21 I-00187 Roma. oppure trasmettendolo via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La comunicazione all'IVASS deve contenere copia del reclamo già inoltrato all'Assicuratore/Intermediario ed il relativo riscontro.

Poiché se in prima battuta il reclamo viene presentato all'IVASS, l'Autorità deve provvedere a trasmetterlo all'Impresa, con l'effetto per l'utente di un allungamento dei tempi per il riscontro, l'IVASS raccomanda di coinvolgere l'Autorità quando, come detto, la risposta dell'Assicuratore non arrivi nei termini o sia ritenuta dall'utente insoddisfacente in quanto non completa o non corretta.

In caso di liti transfrontaliere è inoltre possibile tentare la risoluzione in via stragiudiziale utilizzando la rete FIN-NET.

Per accedere alla rete il reclamante deve individuare l'organo competente nel seguente sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm) e proporre un reclamo in forma scritta, allegando la documentazione necessaria a valutare la problematica.

In alternativa il reclamo può essere presentato direttamente all'IVASS, chiedendo a quest'ultima l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle Prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

**E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.**

Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

#### **15. Informativa in corso di Contratto**

L'Impresa fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della Prestazione entro 20 (venti) giorni dalla ricezione della richiesta.

#### **16. Conflitto d'interessi**

Nell'attività di collocamento e gestione della presente Assicurazione, l'Impresa s'impegna a non effettuare operazioni in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto d'interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti d'affari propri o di società del gruppo.

Nonostante l'assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, l'Impresa s'impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente e dell'Assicurato e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

Nessun onere è posto a carico dell'Assicurato.

In esecuzione dell'articolo 48, comma 1 *bis* del Regolamento ISVAP numero 5/2006, il Beneficiario della Assicurazione non figura in nessun modo quale intermediario assicurativo e non percepisce alcuna remunerazione.

**Credit Life AG è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.**



Christoph Franz  
Buchbender  
Amministratore  
Delegato

**Credit Life AG**



Andreas Albert Fritz  
Schwarz  
Amministratore  
Delegato

## GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

### **Accodamento o Accodamento quote**

Ove la rata del Finanziamento sia ridotta o sospesa temporaneamente per qualsiasi causa, l'Assicurato è tenuto a rimborsare all'ente che ha erogato il Prestito la differenza tra la rata mensile prevista nel Contratto di Finanziamento e il minore importo versato, autorizzando a questo fine il Ceduto a trattenere dalla prestazione pensionistica l'importo residuo da versare all'ente erogatore del Prestito accodando le quote residuali a debito al piano di ammortamento anche oltre la scadenza naturale dello stesso per un periodo non superiore a 18 (diciotto) mesi.

### **Applicazione**

Ciascuna sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati, effettuata da ciascun Assicurato, in ragione del Finanziamento contratto, cui corrisponde il consenso alla Copertura Vita emessa dall'Assicuratore in favore del Beneficiario in forza del presente Contratto di Assicurazione.

### **Assicuratore o Impresa**

Credit Life AG con sede legale e direzione generale in RheinLandPlatz, D-41460 Neuss, Germania

### **Assicurazione o Contratto di Assicurazione**

Contratto con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del Premio, s'impegna a garantire la Copertura Vita.

### **Assicurato o Cedente**

La persona fisica sulla cui testa è stata sottoscritta la Copertura Vita, con il quale il Contraente ha stipulato un Contratto di Prestito rimborsabile mediante Cessione di Pagamento di Quote mensili della Pensione.

### **Beneficiario**

L'ente che ha erogato il Prestito cui accede la Copertura Vita, al quale l'Assicuratore deve corrispondere la Prestazione in caso di Decesso, salvo il caso previsto dall'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

### **Capitale Assicurato**

La quota parte del Prestito effettivamente erogato e comprensivo di tutte le spese accessorie che il Contraente intende assicurare a seguito della sottoscrizione per consenso del Modulo di Rilevazione Dati da parte dell'Assicurato.

### **Caricamenti**

Oneri accessori applicati al Premio Puro: costituiscono la parte del Premio destinata a coprire le spese dell'Assicuratore e le commissioni di intermediazione assicurativa. I Caricamenti sommati al Premio Puro determinano il Premio di Tariffa.

### **Ceduto/Delegato**

L'Ente pensionistico (ad es. INPS), impegnato verso il Contraente a versare a favore di questi la quota della pensione dell'Assicurato/Cedente.

### **Cessione del Quinto o CQP**

Prestito a breve e/o medio termine conteggiato sulla pensione del pensionato, regolamentato e disciplinato, anche in via analogica, dalla Legge 180/1950 e successive modifiche.

### **Condizioni di Assicurazione**

Clausole previste dal Contratto di Assicurazione che ne regolano gli aspetti generali e specifici.

### **Contraente**

Il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Assicuratore e cioè ViViBanca S.p.A. iscritta nell'elenco speciale tenuto dalla Banca d'Italia al numero 5647, con sede legale in Torino, Via San Pio V 5, Codice Fiscale Partita IVA 04255700652 codice REA TO-1228616, quale ente erogatore del Prestito, che assume la figura di Contraente e Beneficiario della Prestazione.

**Contratto di Prestito o Prestito o Contratto di Finanziamento o Finanziamento**

Contratto di Finanziamento rimborsabile mediante Cessione di pagamento di Quote mensili della Pensione.

**Copertura Vita**

La copertura assicurativa Decesso.

**Data di Decorrenza**

Momento dal quale è attiva la Copertura Vita di cui al Contratto di Assicurazione per il caso di Decesso.

**Data di Scadenza**

Momento da cui cessano gli effetti del Contratto di Assicurazione.

**Decesso**

La morte dell'Assicurato, salvo quanto previsto dalle specifiche Esclusioni.

**Debito Residuo**

Il debito residuo a carico dell'Assicurato con riferimento al Prestito, al netto di eventuali rate insolute, al netto degli interessi sul capitale, al netto di ogni spesa connessa e al netto di interessi moratori eventualmente presenti ed al netto delle somme recuperate dal Contraente.

**Esclusioni**

Rischi esclusi dalla Copertura Vita in base alle Condizioni di Assicurazione.

**Fascicolo Informativo**

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente e all'Assicurato a cura del Contraente prima della sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati.

**Fondo Pensione**

Fondo Pensione di cui al decreto legislativo numero 252 del 05/12/2005, integrato delle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

**Intermediario assicurativo o Intermediario**

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti 43 I-20158 Milano, intermediario assicurativo abilitato ad esercitare l'attività in Italia in regime di stabilimento dalla Francia e sottoposto alla vigilanza dell'Autorità de Controle Prudentiel (ACP).

**Istituto di Previdenza**

L'ente di previdenza obbligatoria che eroga la pensione al Cedente.

**IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

**Legge 180**

Il D.P.R. numero 180 del 05/01/1950 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. numero 895 del 28/07/1950, integrato dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

**Modulo di Rilevazione Dati**

La formale dichiarazione di consenso dell'Assicurato al Contratto di Assicurazione, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1919 del codice civile, che consente all'Impresa di prestare la Copertura Vita secondo i termini della presente Assicurazione.

**Montante Lordo**

L'importo del Finanziamento, comprensivo degli interessi e delle spese, pari alla somma delle rate da versare.

**Pensionato**

Percettore di trattamento pensionistico, sprovvisto di fonti di reddito da Lavoro Autonomo o Dipendente.



**Premio di Tariffa o Premio**

Il Premio Puro sommato ai Caricamenti. Rappresenta la somma di denaro dovuta all'Assicuratore in relazione al Contratto di Assicurazione.

**Premio Puro**

Il costo base per la Copertura Vita calcolato al netto dei Caricamenti. Rappresenta l'importo che l'Assicuratore incassa per far fronte alla Prestazione. E' calcolato sulla base del rischio assunto dall'Assicuratore e determinato sulla base di ipotesi demografiche (probabilità di Decesso o di sopravvivenza degli Assicurati) e di ipotesi finanziarie (rendimento ottenibile sui mercati finanziari). Il Premio Puro sommato ai Caricamenti determina il Premio di Tariffa.

**Prescrizione**

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni.

**Prestazione**

La somma dovuta dall'Assicuratore a seguito del verificarsi del Decesso dell'Assicurato fatti salvi i casi di eccezione previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

**Questionario Anamnestico Completo**

Documento aggiuntivo, richiesto in caso di risposte positive nel Questionario Medico Semplificato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato e dal medico di medicina generale (*alias* medico curante, *alias* medico di fiducia, *alias* medico di famiglia, *alias* medico di base) dell'Assicurato e deve essere controfirmato all'atto di accettazione dell'Assicurazione dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la patria potestà.

**Questionario Medico Semplificato**

Documento contenuto nel Modulo di Rilevazione Dati che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del Contratto di Assicurazione. Deve essere compilato e sottoscritto all'atto dell'accettazione dell'Assicurazione da parte dell'Assicurato stesso o da chi ne esercita la patria potestà.

**Riassicuratore**

Impresa di Riassicurazione che partecipa ad un rischio o massa di rischi sottoscritti dall'Assicuratore senza obblighi diretti verso gli Assicurati.

**TAN**

Tasso annuo nominale convenuto tra il Contraente ed il Cedente.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### ARTICOLO 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni del Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato. L'Assicuratore è responsabile per il rischio assunto; le Condizioni di Assicurazione riportate di seguito sono formulate al singolare per maggior chiarezza.

### ARTICOLO 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 2.1. Il Contratto di Assicurazione qui descritto è un'assicurazione temporanea caso morte, a premio unico e a capitale decrescente, secondo la legge di ammortamento del Prestito personale rivolta a coloro che hanno sottoscritto un prestito rimborsabile mediante Cessione di Pagamento di Quote mensili della Pensione, prestito disciplinato dalle norme in materia di credito ai consumatori di cui al capo II del titolo VI del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385 e dalle ulteriori norme civilistiche applicabili a tale fattispecie. L'Assicurato è colui che ha stipulato il Contratto di Prestito, il Contraente è l'ente erogatore del Prestito. Il Beneficiario della Prestazione assicurata è il Contraente stesso.
- 2.2. Con il presente Contratto di Assicurazione, l'Impresa si impegna a corrispondere, in caso di Decesso dell'Assicurato prima del compimento del 86° (ottantaseiesimo) anno, fatte salve le ipotesi di esclusione di cui all'art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione, un capitale pari al valore scontato del TAN per il Finanziamento oggetto della copertura assicurativa di cui alla presente Polizza, delle quote mensili rimaste insolte aventi scadenza successiva al Decesso - dunque escludendo gli interessi percepiti dal Contraente nell'operazione di Finanziamento - nonché delle quote mensili rimaste totalmente o parzialmente insolte aventi scadenza antecedente al Decesso e che, per tale ragione, beneficiano dell'Accodamento.
- 2.3. Il capitale massimo assicurabile per Applicazione è di € 75.000 (settantacinquemila). Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui l'Assicurato è titolare, la prestazione massima pagabile è di € 75.000 (settantacinquemila) conteggiando tutti i contratti assicurativi. L'Assicuratore ha facoltà di accettare esplicitamente un montante superiore. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla Prestazione pagabile salvo quanto previsto all'art. 4 punto 4.6 anche in caso di Accodamento quote.
- 2.4. **Il Contratto è definito di “puro rischio” in quanto le prestazioni dell'Impresa sono legate esclusivamente al verificarsi del Decesso, come indicato nel Contratto di Assicurazione.**  
Poiché il Premio corrisposto, al netto della parte relativa ai costi del Contratto di Assicurazione, viene interamente utilizzato per far fronte ai rischi demografici, **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza.**
- 2.5. Le Coperture sono valide senza limiti di Estensione territoriale.

### ARTICOLO 3 – RISCHI ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

- 3.1. Sono ammessi all'Assicurazione esclusivamente i Prestiti di nuova emissione che rispondano alle caratteristiche di seguito illustrate.
- 3.2. L'Assicurato:
  - deve essere il sottoscrittore del Prestito cui la Copertura Vita è connessa;
  - deve essere titolare di una pensione INPS o di altri enti e la sua età al momento della sottoscrizione Modulo di Rilevazione Dati deve essere compresa tra 50 (cinquanta) e 83 (ottantatré) anni e al termine del Prestito deve essere inferiore a 86 (ottantasei) anni;
  - deve fornire un documento d'identità in corso di validità e il codice fiscale;
  - deve prestare per iscritto il proprio consenso alla stipulazione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile;
  - deve soddisfare le condizioni di salute richieste tramite le formalità mediche di seguito presentate;
  - deve dare il consenso al trattamento dei dati personali ex D.lgs del 30.06.2003 n° 196.
- 3.3. La quotazione viene fatta sulla base dei seguenti elementi:
  - durata del Finanziamento: compresa tra 24 (ventiquattro) e 120 (centoventi) mesi;
  - Montante massimo assicurabile: € 75.000,00 (settantacinquemila);
  - rate di rimborso: rate mensili (eventuali periodi di differimento di rimborso non sono garantiti) eccetto per quanto indicato nell'Art. 4.6.
- 3.4. Il Contraente agisce in qualità di Beneficiario dell'Assicurazione e non percepisce alcuna remunerazione.

### ARTICOLO 4 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

- 4.1. Per ciascun Assicurato, la Copertura Vita decorre dalle ore 24:00 del giorno della prima erogazione del Finanziamento (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso), a condizione che siano soddisfatte le condizioni previste dall'articolo 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione, che il Modulo di Rilevazione Dati sia stato validamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato e che il Questionario Medico Semplificato, incluso nel Modulo di Rilevazione Dati sia perfettamente e totalmente compilato e con risposte negative a tutte le 6 domande elencate nello stesso.

- 4.2. Il Contraente è delegato dall'Assicuratore a ricevere dall'Assicurato il Modulo di Rilevazione Dati e il Questionario Medico Semplificato come descritto sopra, debitamente compilati, datati e sottoscritti dall'Assicurato, prima che l'Assicuratore confermi l'accettazione della Copertura. In caso di anche solo una risposta positiva al Questionario Medico Semplificato, il Contraente deve invitare l'Assicurato a compilare, datare e firmare il Questionario Anamnestico completo, ed inoltrarlo all'Intermediario CBP Italia – Viale Lancetti 43, 20158 Milano, insieme al Modulo di Rilevazione Dati.
- 4.3. Nel caso di invio del Questionario Anamnestico Completo l'Assicuratore, tramite l'Intermediario, a suo insindacabile giudizio, potrà:
1. rifiutare l'assunzione del rischio: in tal caso la domanda di attivazione della Copertura Vita viene respinta e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato; ovvero
  2. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari, a proprie spese: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Assicuratore provvederà a comunicare tramite fax o lettera la propria decisione e, in caso di aggravamento del rischio, l'eventuale importo del sovrappremio che il Contraente dovrà regolare al fine di poter accedere alla Copertura Vita. Dalla ricezione di tale comunicazione il Contraente ha tempo 15 (quindici) giorni per decidere se accettare la richiesta di sovrappremio e procedere con il pagamento. In caso di rifiuto o mancato pagamento entro il termine la domanda di attivazione della Copertura Vita non si perfeziona. In caso di accettazione e di pagamento del sovrappremio entro i termini, la Copertura Vita decorre dalla più recente delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore; 2) data di erogazione del Prestito.
- 4.4. La richiesta di attivazione rimane valida per 90 (novanta) giorni a partire dalla data di decorrenza indicata sul certificato di assicurazione, entro i quali il Finanziamento deve essere erogato.  
Trascorso tale termine, qualora il Finanziamento non fosse ancora stato erogato, **la Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.** Il Contraente può inserire una nuova richiesta di attivazione, a patto che l'erogazione avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla prima sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati. **In questo caso, se il Finanziamento non viene erogato entro 180 (centottanta) dalla prima sottoscrizione del Modulo di Rilevazione Dati, la domanda di attivazione della connessa Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.**
- 4.5. La Copertura Vita rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Finanziamento, a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato, e cessa alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno in cui si verifica il primo degli eventi di seguito riportati:
- scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento fissato al momento della sottoscrizione dello stesso e comunque non oltre i 120 (centoventi) mesi dalla data di erogazione del Prestito, salvo il caso previsto dall'art. 4.6, nel qual caso la durata massima è di 138 (centotrentotto) mesi;
  - estinzione anticipata del Prestito;
  - compimento del 86° (ottantaseiesimo) anno di età dell'Assicurato;
  - erogazione della Prestazione prevista in caso di Decesso;
- 4.6. La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per:
- 1- un massimo di ulteriori 12 (dodici) mesi in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento stesso o in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento stesso. In questa fattispecie, la Copertura vita rimane in vigore fino alla completa estinzione del Finanziamento.
  - 2- Un massimo di 18 (diciotto) mesi in caso di riduzione o sospensione temporanee della quota cedibile della pensione, con conseguente Accodamento quote, ove tale possibilità sia prevista dal contratto di Finanziamento e l'Assicurato abbia espresso il proprio consenso all'Accodamento stesso. In questa fattispecie, la Copertura vita rimane in vigore fino alla completa estinzione del Finanziamento.
- 4.7. Fatte salve le ipotesi di proroga previste dall'art. 4.6., la durata del Contratto di Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza, è pari alla durata del Finanziamento e, salvo il caso di rimborso anticipato del Prestito, non potrà essere inferiore a 2 (due) anni e maggiore di 10 (dieci) anni.
- 4.8. Le dichiarazioni dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione nonché l'annullamento o il recesso dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

## ARTICOLO 5 – BENEFICIARIO

- 5.1. Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Assicurazione è il Contraente, che metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso l'Assicurato di cui al contratto di Cessione del Quinto.
- 5.2. Il Contraente agisce in qualità di Beneficiario dell'Assicurazione e non percepisce alcuna remunerazione.
- 5.3. Nel caso in cui il Contraente cedesse o trasferisse a terzi il Contratto di Finanziamento o i crediti da esso derivanti, il Beneficiario delle somme assicurate sarà il terzo cessionario.

## ARTICOLO 6 – PREMIO ASSICURATIVO

- 6.1. Il Premio per l'intera durata del singolo Finanziamento è calcolato sulla base dell'ammontare del Prestito, dell'età dell'Assicurato, della durata del Prestito ed è pagato dal Contraente in un'unica soluzione. **Nessun onere è previsto a carico dell'Assicurato.** Il mancato pagamento del Premio, ai sensi di quanto previsto nel presente Contratto di Assicurazione, comporta la sospensione della Copertura Vita.
- 6.2. **In ogni caso, se il Finanziamento non viene erogato entro 90 (novanta) giorni ovvero, nel caso nuova richiesta di attivazione, entro 180 (centottanta) giorni dalla sottoscrizione del primo Modulo di Rilevazione Dati, la domanda di attivazione della connessa Copertura Vita è inefficace e l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio eventualmente versato.**

Il Premio è determinato applicando la seguente formula:

$$P = BF \times T$$

dove:

- P Premio di Tariffa, inclusivo di imposte  
BF Montante Lordo del Prestito  
T Coefficiente (come da tabella che segue)

I seguenti coefficienti sono relativi ai Premi di Tariffa in riferimento alla rispettiva fascia d'età ed includono le commissioni e sono da calcolare sull'Importo del Montante Lordo.

| Età<br>(in anni) | Durata<br>(in anni) |       |       |        |        |        |        |        |        |
|------------------|---------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                  | 2                   | 3     | 4     | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10     |
| 50               | 2,59                | 3,85  | 5,13  | 6,44   | 7,96   | 9,32   | 10,72  | 12,14  | 13,61  |
| 51               | 2,88                | 4,28  | 5,71  | 7,14   | 8,81   | 10,32  | 11,86  | 13,45  | 15,07  |
| 52               | 3,21                | 4,77  | 6,33  | 7,90   | 9,74   | 11,41  | 13,13  | 14,88  | 16,67  |
| 53               | 3,60                | 5,30  | 7,00  | 8,74   | 10,78  | 12,64  | 15,00  | 16,46  | 18,42  |
| 54               | 3,88                | 5,74  | 7,63  | 9,56   | 11,83  | 13,89  | 15,98  | 18,09  | 20,22  |
| 55               | 4,25                | 6,33  | 8,43  | 10,58  | 13,11  | 15,38  | 17,66  | 19,96  | 22,27  |
| 56               | 4,74                | 7,04  | 9,39  | 11,77  | 14,56  | 17,04  | 19,52  | 22,01  | 24,54  |
| 57               | 5,30                | 7,88  | 10,47 | 13,08  | 16,14  | 18,83  | 21,52  | 24,24  | 27,01  |
| 58               | 5,87                | 8,72  | 11,56 | 13,96  | 17,21  | 20,03  | 22,89  | 25,79  | 28,74  |
| 59               | 6,57                | 9,66  | 12,74 | 15,34  | 18,87  | 21,96  | 25,10  | 28,29  | 31,55  |
| 60               | 7,11                | 10,47 | 13,81 | 16,62  | 20,50  | 23,90  | 27,37  | 30,90  | 34,50  |
| 61               | 7,71                | 11,35 | 14,98 | 18,08  | 22,35  | 26,13  | 29,96  | 33,86  | 37,84  |
| 62               | 8,38                | 12,34 | 16,33 | 19,77  | 24,51  | 28,68  | 32,92  | 37,24  | 41,63  |
| 63               | 9,08                | 13,46 | 17,90 | 21,73  | 26,97  | 31,59  | 36,29  | 41,06  | 45,92  |
| 64               | 10,06               | 14,94 | 19,88 | 24,13  | 29,92  | 35,03  | 40,22  | 45,49  | 50,83  |
| 65               | 11,23               | 16,67 | 22,14 | 26,83  | 33,24  | 38,90  | 44,63  | 50,43  | 56,30  |
| 66               | 12,54               | 18,55 | 24,60 | 29,80  | 36,90  | 43,15  | 49,46  | 55,84  | 62,28  |
| 67               | 13,90               | 20,55 | 27,26 | 33,02  | 40,88  | 47,77  | 54,72  | 61,73  | 68,82  |
| 68               | 15,35               | 22,75 | 30,20 | 36,57  | 45,26  | 52,85  | 60,50  | 68,22  | 76,00  |
| 69               | 17,12               | 25,33 | 33,59 | 40,63  | 50,21  | 58,57  | 67,00  | 75,47  | 83,98  |
| 70               | 19,07               | 28,18 | 37,31 | 45,07  | 55,63  | 64,85  | 74,11  | 83,40  | 92,71  |
| 71               | 21,14               | 31,23 | 41,32 | 49,90  | 61,53  | 71,69  | 81,85  | 92,03  | 102,87 |
| 72               | 23,49               | 34,64 | 45,82 | 55,32  | 68,11  | 79,27  | 90,42  | 102,34 | 115,19 |
| 73               | 25,98               | 38,37 | 50,78 | 63,17  | 77,65  | 90,29  | 103,85 | 118,49 | 133,58 |
| 74               | 28,92               | 42,70 | 56,43 | 70,11  | 85,98  | 101,01 | 117,27 | 133,98 | 150,84 |
| 75               | 32,27               | 47,54 | 62,71 | 77,80  | 96,61  | 114,77 | 133,37 | 152,05 | 170,82 |
| 76               | 35,89               | 52,79 | 69,56 | 87,98  | 110,64 | 131,47 | 152,28 | 173,09 |        |
| 77               | 39,78               | 58,51 | 79,41 | 102,17 | 128,11 | 151,40 | 174,58 |        |        |
| 78               | 44,31               | 68,41 | 94,58 | 120,70 | 149,61 | 175,51 |        |        |        |

|    |        |        |        |        |        |  |  |  |  |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|--|--|
| 79 | 54,61  | 85,11  | 114,85 | 143,75 | 175,80 |  |  |  |  |
| 80 | 75,59  | 108,95 | 141,09 | 172,74 |        |  |  |  |  |
| 81 | 81,32  | 118,09 | 154,48 |        |        |  |  |  |  |
| 82 | 89,81  | 131,99 |        |        |        |  |  |  |  |
| 83 | 103,61 |        |        |        |        |  |  |  |  |

6.3. Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione.

6.4. L'Intermediario assicurativo trattiene dal Premio, a titolo di commissione (Caricamenti), un importo corrispondente al 5% del Premio, al netto delle imposte di legge.

#### **ARTICOLO 7 – DENUNCIA DI DECESSO E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE**

7.1. In caso di Decesso la Prestazione sarà corrisposta al Beneficiario successivamente al ricevimento da parte dell'Impresa della denuncia Decesso corredata di tutta la documentazione seguente, necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il Capitale Assicurato:

- il numero della pratica di Finanziamento corrispondente all'Assicurato deceduto;
- la denuncia del Decesso;
- l'ammontare esatto delle rate residue rilevato al momento del Decesso, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Finanziamento e delle eventuali ulteriori rate rimaste totalmente o parzialmente insolte scadute antecedentemente al Decesso per le quali l'Assicurato ha acconsentito all'Accodamento;
- il certificato di morte (originale o copia autentica);

L'Assicuratore si riserva comunque il diritto di richiedere al Contraente, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della denuncia del Decesso, il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del Debito Residuo comunicato. Ove il Decesso intervenisse entro 12 (dodici) mesi dalla Data di Decorrenza della Copertura Vita o in caso di Decesso in seguito ad incidente, l'Assicuratore si riserva di richiedere a proprie spese, a terze parti (medici, ospedali e altre Strutture Sanitarie che abbiano avuto in cura l'Assicurato e pubbliche autorità in caso di Decesso intervenuto in seguito ad incidente), la documentazione medica e i verbali delle autorità coinvolte utili a compiere le indagini e le istruttorie necessarie per adempiere le obbligazioni connesse alla Copertura Vita. Gli eredi dell'Assicurato e il Beneficiario dovranno collaborare con l'Assicuratore, fornendo senza indugio a quest'ultimo tutte le informazioni utili in loro possesso o che essi possano facilmente reperire (ad esempio i dati e i recapiti dei medici, degli ospedali e delle Strutture Sanitarie che abbiano avuto in cura l'Assicurato, delle autorità di pubblica sicurezza intervenute in caso di incidente, dell'autorità giudiziaria presso cui risultano avviate indagini o procedimenti, anche con l'indicazione degli estremi dei relativi fascicoli, in caso di decesso successivo a fatti penalmente rilevanti) al fine di agevolare e velocizzare, anche nel proprio interesse, il reperimento dal parte dell'Assicuratore della suddetta documentazione.

7.2. I documenti e le informazioni di cui al paragrafo 7.1. devono essere inviati per mezzo di lettera raccomandata A/R, all'Intermediario assicurativo CBP Italia Viale Lancetti 43, 20158 Milano o in alternativa possono essere inviati anche per mezzo di posta elettronica certificata a [cbpitalia@pec.actalis.it](mailto:cbpitalia@pec.actalis.it) o caricate sul front-end sinistri messo a disposizione dall'Intermediario.

**Si considerano valide solo le denunce di Decesso inviate in forma scritta, a condizione che sia completo dei documenti giustificativi e delle informazioni richiesti, elencati nelle Condizioni di Assicurazione.**

Le denunce di Decesso correttamente inviate all'Intermediario si considerano inviate direttamente all'Assicuratore.

7.3. Se dalla documentazione presentata e dalle eventuali ulteriori indagini istruttorie svolte dall'Assicuratore risulta l'obbligazione di pagare la Prestazione, l'Assicuratore, attraverso l'Intermediario assicurativo CBP Italia, invia al Beneficiario il modulo di quietanza liberatoria dove vengono richiesti i dati antiriciclaggio aggiornati e le coordinate del conto corrente bancario presso il quale eseguire il pagamento. Con la compilazione di tale modulo ed il suo invio all'Assicuratore, il Beneficiario attesta di aver ricevuto dall'Assicuratore ogni importo dovuto ai sensi del presente Contratto di Assicurazione e lo libera da ogni obbligazione a decorrere dalla data di esecuzione del pagamento. L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce dunque prova liberatoria di avvenuto pagamento della Prestazione. L'Assicuratore si impegna a pagare, attraverso l'Intermediario assicurativo CBP Italia entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione del suddetto modulo di quietanza liberatoria e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

7.4. **Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 10 (dieci) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, e cioè dalla data del Decesso.** L'accredito al Beneficiario da parte dell'Assicuratore costituisce prova liberatoria di avvenuto pagamento della Prestazione.

7.5. **Qualora il Beneficiario ometta di richiedere gli importi dovuti per la Copertura Vita, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge numero 266 del 2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

## **ARTICOLO 8 –ESCLUSIONI**

8.1. Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali.

### **E' escluso dall'Assicurazione il Decesso causato dalle conseguenze:**

- **del dolo dell'Assicurato;**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **di tutti i rischi nucleari;**
- **del dolo del Contraente;**
- **del suicidio (tentato suicidio, o lesioni deliberatamente autoinflitte, che l'Assicurato fosse sano di mente o meno) dell'Assicurato avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza della garanzia;**
- **del rifiuto di qualsiasi tipo di assistenza medica.**

### **Inoltre, comporta l'esclusione della garanzia assicurativa:**

- **l'inesistenza del Contratto di Prestito;**
- **la mancata erogazione del finanziamento;**
- **la falsificazione dei documenti prodotti a corredo della Modulo di Rilevazione Dati.**

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione nonché l'annullamento o il recesso dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

## **ARTICOLO 9 – DIRITTO DI RECESSO**

9.1. Il Contraente può recedere da ciascuna singola Applicazione **entro 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza della medesima**, dandone comunicazione all'Assicuratore con lettera raccomandata A/R contenente tutti gli elementi identificativi, ed inviata all'intermediario assicurativo:

CBP Italia  
Viale Lancetti 43  
20158 Milano

9.2. La comunicazione di recesso correttamente inviata all'Intermediario assicurativo si considera inviata direttamente all'Assicuratore. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla singola Applicazione a decorrere dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. In tal caso, l'Assicuratore provvede a restituire al Contraente, per il tramite dell'Intermediario Assicurativo CBP Italia, il Premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto di Assicurazione ha avuto effetto, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

## **ARTICOLO 10 – RECLAMI**

10.1. Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale relativi alla Copertura Vita devono essere inoltrati per iscritto mediante posta, telefax o e-mail all'Intermediario CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43, 20158 Milano; email: [info@cbp-italia.eu](mailto:info@cbp-italia.eu); fax: 0268826940. I reclami correttamente inviati all'Intermediario assicurativo si considerano inviati direttamente all'Assicuratore.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Assicuratore o dell'Intermediario di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

10.2. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ) inviando il reclamo al seguente indirizzo: IVASS Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21 I-00187 Roma. oppure trasmettendolo via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La comunicazione all'IVASS deve contenere copia del reclamo già inoltrato all'Assicuratore/Intermediario ed il relativo riscontro.

10.3. Poiché se in prima battuta il reclamo viene presentato all'IVASS, l'Autorità deve provvedere a trasmetterlo all'Impresa, con l'effetto per l'utente di un allungamento dei tempi per il riscontro, l'IVASS raccomanda di coinvolgere l'Autorità quando, come detto, la risposta dell'Assicuratore non arrivi nei termini o sia ritenuta dall'utente insoddisfacente in quanto non completa o non corretta.

10.4. In caso di liti transfrontaliere è inoltre possibile tentare la risoluzione in via stragiudiziale utilizzando la rete FIN-NET.

Per accedere alla rete il reclamante deve individuare l'organo competente nel seguente sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm) e proporre un reclamo in forma scritta, allegando la documentazione necessaria a valutare la problematica.

In alternativa il reclamo può essere presentato direttamente all'IVASS, chiedendo a quest'ultima l'attivazione della procedura FIN-NET.

- 10.5. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle Prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.  
**E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.**
- 10.6. Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

**Resta salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria, in tal caso si segnala che non è ammesso presentare reclamo quando questo riguardi aspetti per i quali è già stata adita l'Autorità Giudiziaria.**

#### **ARTICOLO 11 – LEGGE APPLICABILE**

Al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

#### **ARTICOLO 12 – FORO COMPETENTE**

Per ogni controversia è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

#### **ARTICOLO 13 – ONERI FISCALI**

- 13.1. Le imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, discendenti dal Contratto di Assicurazione sono a carico del Contraente.
- 13.2. E' riportato di seguito il trattamento fiscale riservato al Contratto di Assicurazione. Il trattamento descritto è quello applicabile in base alla normativa fiscale vigente al momento del perfezionamento del Contratto di Assicurazione.
- 13.3. I Premi relativi alla Copertura Vita, secondo la normativa vigente, non sono soggetti a imposte.
- 13.4. Le somme corrisposte in caso di Decesso sono in ogni caso esenti da IRPEF. Le somme corrisposte negli altri casi previsti nel Contratto di Assicurazione soggiacciono al regime fiscale previsto dall'articolo 6 del Decreto del Presidente della Repubblica numero 917 del 1986; in particolare, costituiscono redditi della medesima categoria di quelli sostituiti e sono, pertanto, soggette a tassazione secondo le medesime modalità unicamente le Prestazioni corrisposte in sostituzione di redditi altrimenti tassabili.

#### **ARTICOLO 14 – TUTELA DEI DATI - Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo numero 196 del 30 giugno 2003 ("Codice della Privacy")**

##### **14.1. Finalità per le quali il trattamento dei dati dell'Interessato è necessario**

L'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi i dati sensibili (per esempio: informazioni sullo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi autorizzati dagli Interessati, sono trattati per instaurare e dare esecuzione al contratto assicurativo e per soddisfare eventuali obblighi di legge, regolamentari o provvedimenti di autorità pubbliche o di organi di vigilanza e di controllo.

Il trattamento dei dati di ciascun Interessato è necessario per il conseguimento delle finalità di cui sopra. Un eventuale rifiuto di fornire i suddetti dati, o un eventuale rifiuto del consenso a tali trattamenti, seppur legittimi, potrebbero compromettere l'instaurazione e/o il regolare svolgimento del rapporto contrattuale.

##### **14.2. Finalità per le quali il trattamento dei dati dell'interessato è facoltativo**

Nel caso in cui l'Interessato abbia espresso il proprio consenso al momento della sottoscrizione della Modulo di Rilevazione Dati relativo al Contratto di Assicurazione o successivamente e fino alla revoca dello stesso, i suoi dati personali, potranno essere trattati dall'Assicuratore o dai soggetti indicati al punto 14.4 per le seguenti finalità:

- per la comunicazione di informazioni su future iniziative commerciali e su nuovi prodotti, servizi e offerte da parte dell'Assicuratore e di società affiliate e/o controllate anche con modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web, o contatti telefonici;
- per ricerche di mercato e sondaggi;
- per la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e il miglioramento della qualità della prestazione contrattuale.

Il consenso al trattamento dei dati dell'Interessato per le finalità di trattamento di cui al presente articolo 14.2. è facoltativo, ma può servire a migliorare i servizi dell'Assicuratore e a comunicare all'Interessato aggiornamenti di suo interesse.

##### **14.3. Modalità del trattamento**

I dati personali degli Interessati sono trattati (attraverso la raccolta, conservazione, utilizzo, comunicazione ai soggetti indicati al punto 14.4. e alle autorità pubbliche e agli organi di vigilanza) mediante strumenti manuali e con l'ausilio di mezzi informatici ed elettronici o comunque automatizzati, per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti. L'Assicuratore ha adottato specifiche misure di sicurezza per garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati e per prevenirne la perdita, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati, nel rispetto del Codice della Privacy.

#### 14.4. Comunicazione di dati

I responsabili del trattamento e gli incaricati del trattamento dell'Assicuratore potranno venire e a conoscenza dei dati personali degli Interessati nell'esercizio delle loro funzioni.

I dati personali raccolti per il raggiungimento delle finalità indicate potranno inoltre essere comunicati:

- per quanto di loro specifica competenza, a persone fisiche e/o giuridiche aventi finalità commerciali e/o di gestione dei sistemi informativi dell'Assicuratore e/o a soggetti che svolgono specifici servizi per conto dell'Assicuratore (ad esempio servizi legali, servizi informatici, servizi di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; servizi di assistenza alla clientela anche tramite call center; servizi di archiviazione della documentazione, servizi di assistenza alla clientela; servizi per la gestione e il controllo delle frodi; attività di controllo, revisione e certificazione delle attività dell'Assicuratore; servizi di recupero crediti, servizi bancari, finanziari o assicurativi);
- ai soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: il Riassicuratore; eventuali coassicuratori etc.);
- ai soggetti che distribuiscono i prodotti e i servizi dell'Assicuratore;
- alle società appartenenti al Gruppo Rheinland, o comunque ad essi collegate.

I soggetti ai quali i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati sono riportati in un elenco aggiornato, disponibile presso la sede dell'Assicuratore. Tali soggetti utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari del trattamento" ovvero di "Responsabili del trattamento".

La comunicazione potrà avvenire, nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del Codice della Privacy.

#### 14.5. Diffusione dei dati e trasferimento dei dati all'estero

I dati personali degli Interessati non saranno diffusi.

Ove necessario per le finalità indicate, i dati personali conferiti potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea o Paesi diversi ma con una tutela simile o equivalente a quella garantita dal Codice della Privacy sulla base di specifici accordi.

#### 14.6. Diritti degli Interessati

Ciascun Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso l'Assicuratore, gli estremi identificativi del titolare del trattamento e dei relativi responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati. L'Interessato ha inoltre il diritto a fare aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco e ad opporsi al trattamento dei propri dati personali. Per ottenere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali e per l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del Codice della Privacy, l'Interessato può rivolgersi ai titolari del trattamento, ai seguenti recapiti: Credit Life AG RheinLandPlatz, D-41460 Neuss, Germania email service@creditleife.net



**Copertura assicurativa Caso Morte** abbinata a prestiti rimborsabili mediante Cessione del Quinto della Pensione

**Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.**

**DATI DELL'ASSICURATO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_  
Comune: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_  
Documento d'identità (tipo): \_\_\_\_\_  
Documento d'identità (numero): \_\_\_\_\_  
Documento d'identità (data di emissione): \_\_\_\_\_  
Documento d'identità (luogo di emissione): \_\_\_\_\_  
Telefono dell'Assicurando (facoltativo): \_\_\_\_\_  
Telefono di un familiare e grado di parentela (facoltativo): \_\_\_\_\_  
Email (facoltativo): \_\_\_\_\_

**DATI DEL PRESTITO**

Pratica numero: \_\_\_\_\_  
Durata (in mesi): \_\_\_\_\_  
Decorrenza: \_\_\_\_\_  
Scadenza: \_\_\_\_\_  
TAN: \_\_\_\_\_  
Importo (in euro): \_\_\_\_\_  
Rata mensile (in euro): \_\_\_\_\_  
Montante Lordo (somma delle rate) (in euro): \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE E BENEFICIARIO**

Contraente: \_\_\_\_\_  
Beneficiario (se diverso dal Contraente): \_\_\_\_\_

**Informazioni sui costi dell'Assicurazione**

**Nessun onere è previsto a carico dell'Assicurato.**

### ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA (da compilarsi a cura del Richiedente)

Rivestendo lo status di Pensionato, avendo ricevuto in precedenza copia integrale del Fascicolo Informativo, avendo preso visione delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riferimento alle condizioni di assicurabilità ed ai casi di esclusione, che dichiaro a tutt'oggi non essere ricorrenti, consento alla sua stipulazione dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'articolo 1919, comma 2 del Codice Civile.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante Cessione del Quinto della Pensione ai sensi del DPR numero 180 del 05/01/1950 e successive modifiche e ai sensi degli articoli 1269 e 1723, comma 2 del Codice Civile conferma che tutte le dichiarazioni fornite, necessarie alla valutazione del rischio, sono veritiere, precise e complete.

Data: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI:

Il sottoscritto, presa visione del Fascicolo Informativo e, in particolare, dell'Informativa redatta ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, di cui all'articolo 14 delle Condizioni Generali, presta o nega il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le seguenti finalità:

**per ottenere da terze parti (ad esempio, dai propri medici, ospedali od altre Strutture Sanitarie) e trattare i propri dati personali e sensibili, con la finalità di adempiere le obbligazioni connesse alla Copertura Vita e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 (Garanzie per i dati sensibili) del D.lgs. 196/2003.**

Prestando tale consenso il sottoscritto esonera espressamente le suddette terze parti da ogni obbligo di riservatezza e non comunicazione dei dati e proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali Credit Life AG riterrà opportuno rivolgersi, a propria cura e spese, per l'acquisizione di informazioni ritenute necessarie al fine di erogare la Prestazione, nel limite consentito dalla legislazione italiana e autorizza le indagini, le istruttorie e gli esami medici che si dovessero rendere necessari per tali finalità, con i limiti e le procedure richieste per adempiere le obbligazioni connesse alla copertura assicurativa, da effettuarsi da parte di medici di fiducia degli Assicuratori, il cui costo sarà interamente sostenuto dagli Assicuratori medesimi.

do il  
consenso

nego il consenso

**Avvertenza: il trattamento di tali dati è strettamente necessario alla conclusione di un nuovo rapporto assicurativo e alla gestione ed esecuzione dello stesso. Qualora Lei non prestasse il proprio consenso l'Assicuratore non potrà concludere od eseguire il relativo Contratto.**

per ricerche di mercato e sondaggi

do il  
consenso

nego il consenso

per l'eventuale trasferimento dei dati all'estero in Paesi non UE

do il  
consenso

nego il consenso

per la comunicazione di informazioni commerciali attraverso contatto telefonico, modalità automatizzate, SMS, MMS, fax, posta elettronica e connesse applicazioni Web

do il  
consenso

nego il consenso

per la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e il miglioramento della qualità della prestazione contrattuale

do il  
consenso

nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte degli Assicuratori, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

| <b>QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura dell'Assicurando)</b>  | Fare una<br>croce nella<br>casella del<br>SI o del<br>NO   |
|---|--|
| 1. La preghiamo di indicare la sua altezza in centimetri ed il suo peso in chilogrammi.<br>Altezza: _____ cm    Peso: _____ kg  |  |
| 2. E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 3. E' o è stato titolare di pensione d'invalidità?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 4. Ha mai fatto richiesta, negli ultimi 5 anni, di altre assicurazioni sulla Vita le quali sono state rifiutate oppure ottenute con l'applicazione di un sovrappremio o condizioni particolari?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 5. E' mai stato negli ultimi 10 anni sottoposto ad interventi chirurgici, trattamenti medici o ricoveri? E' a conoscenza che dovrà farlo nei prossimi 12 mesi?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 6. Soffre o ha mai sofferto di una o più delle seguenti patologie negli ultimi 10 anni:<br>a) Cancro, Leucemia, linfonodi ingrossati o qualsiasi altra patologia di origine tumorale?<br>b) Disordini, sintomi o malattie all'apparato cardiocircolatorio? Ad esempio infarto, costrizioni o dolori al petto, scompensi della pressione sanguigna, palpitazioni, occlusioni o infiammazioni dei vasi sanguigni, embolia?<br>c) Affanno, apnea del sonno, malattie sessualmente trasmissibili, HIV, altre malattie infettive?<br>d) Disturbi o malattie dell'esofago, dello stomaco, intestino, fegato, cistifellea, pancreas, reni, vescica, vie urinarie, genitali?<br>e) Colesterolo alto, Diabete, disordini alla tiroide, gotta, disordini ormonali?<br>f) Disordini, malattie polmonari o all'apparato respiratorio come, asma, BPCO (Bronco-pneumopatia Cronica Ostruttiva), fiato corto, pleurite, bronchite, tosse prolungata, embolia?<br>g) Disturbi o malattie di natura psicologica come depressione, schizofrenia, psicosi, deficit dell'attenzione, stress, ansia, insonnia, iperventilazione, esaurimento nervoso?<br>h) Disordini o malattie dell'apparato celebrale come Ictus, ischemia celebrale transitoria, convulsioni, epilessia, neurite ottica, emicrania, vertigini?<br>i) Disturbi o malattie dell'apparato muscolo scheletrico come artrite (acuta o cronica), artrosi, reumatismi, paralisi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>DATI DEL MEDICO CURANTE</b><br>Nome: _____<br>Cognome: _____<br>Indirizzo: _____<br>Recapito Telefonico e/o e-mail: _____  |  |
| Al fine del miglioramento della qualità e del monitoraggio dei dati e di verificare la veridicità di quanto da Lei riportato nel presente questionario, anche ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, la Compagnia si riserva la possibilità di contattare il medico curante da lei indicato.  |  |
| Data: _____   |  |
| Firma dell'Assicurato (per esteso e leggibile): _____   |  |

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato, dopo aver preso visione delle Condizioni Generali presenti nel Fascicolo Informativo della polizza collettiva n. 2608, approva specificamente tutte le disposizioni contenute in ciascuno dei seguenti articoli: art. 4 - Decorrenza e cessazione dell'Assicurazione; art. 7 - Denuncia di decesso e modalità di liquidazione; art. 8 – Esclusioni, art. 9 – Diritto di recesso; art. 14 – Tutela dei dati dell'Assicurato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

- Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione del Questionario Medico:
- (a) le dichiarazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere;
  - (b) le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;
  - (c) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate;
  - (d) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute;
  - (e) l'Assicurato ha il dovere di dare sollecita comunicazione all'Assicuratore di eventuali nuovi fattori inerenti al proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione della presente Proposta di Adesione e la Data di Decorrenza dell'Assicurazione, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della richiesta di adesione;
  - (f) l'Assicurato autorizza lo svolgimento a cura dei medici di fiducia dell'Assicuratore di verifiche, esami o eventuali prove mediche opportune, da eseguire entro i limiti e secondo le modalità che si rendano necessari ai fini dell'attuazione degli obblighi inerenti all'Assicurazione;
  - (g) l'Assicurato si obbliga a far compilare e a far sottoscrivere il presente Questionario Medico (QM) dal proprio medico di medicina generale, consapevole che, in caso di inadempienza, la copertura assicurativa non sarà fornita.

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
 COGNOME: \_\_\_\_\_  
 DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

| Mettere sempre una croce nella casella del SI oppure in quella del NO.   |   |                             |                             |   |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| In caso sia stata messa una croce nella casella del SI, fornire in modo completo e dettagliato tutte le indicazioni richieste. |   |                             |                             |   |
| Altezza espressa in centimetri:  |   |                             |                             |   |
| Peso espresso in chilogrammi:  |   |                             |                             |   |
| Differenza (Altezza - Peso):   |   |                             |                             |   |
| 1 -  | Ha mai fatto richiesta, negli ultimi 5 anni, di altre assicurazioni sulla vita che sono state rifiutate o concesse con l'applicazione di un sovrappremio? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Quando? Indichi dettagliatamente tutti i motivi |

|     |  |   |  |   |   |
|-----|--|---|--|---|---|
| 2 - | E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando?   | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Citare nomi e dosi delle medicine, cure o trattamenti |
|     |  |   |  |   |   |
| 3 - | E' colpito da una malattia cronica, un'invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando?   | Di quale natura?                        |   |
|     |  |   |  |   |   |
| 4 - | E' titolare di una delle seguenti prestazioni?   |   | Da quando?<br>(allegare copia della notifica di rendita) | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Indichi nel dettaglio le percentuali                  |
|     | pensione per malattia o infortunio?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |   |   |
|     | rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |   |   |
| 5 - | Gode dell'esonero del ticket a causa di una malattia o di un infortunio?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando?   | Indichi dettagliatamente tutti i motivi |   |
|     |  |   |  |   |   |
| 6 - | Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quando?  | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Per quanto tempo?                                     |
|     |  |   |  |   |   |

|     |  |   |         |   |         |
|-----|--|---|---------|---|---------|
| 7 - | Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie HBV (virus dell'epatite B), HCV (virus dell'epatite C), HIV (virus dell'immunodeficienza umana) o altre malattie infettive? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i test con esito positivo  |         |
|     |  |   |         |   |         |
| 8 - | Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni?  |   | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi   | Durata? |
|     | malattie reumatiche, disco-vertebrali, lombaggine, sciatica?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|     | disturbi neurologici, affezioni neuropsichiche, depressione nervosa?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|     | patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, diabete?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         | Indichi dettagliatamente tutti i motivi e l'indicazione dei rilevamenti della pressione diastolica e sistolica: |         |
|     | patologie dell'apparato respiratorio?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|     | disturbi o malattie all'apparato digerente?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|     | Cancro, leucemia, linfonodi ingrossati o qualsiasi patologia di origine tumorale?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|     | Altri trattamenti di una durata superiore a un mese?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
| 9 - | E' mai stato ricoverato in ospedale, clinica o casa di cura?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi   | Durata? |

|      |  |   |         |   |         |
|------|--|---|---------|---|---------|
|      | Negli ultimi 3 mesi é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per uno dei seguenti motivi: appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|      | Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso da quelli sopra elencati?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
| 10 - | E' stato informato che, nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà subire uno dei seguenti eventi?  |   | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
|      | subire una TAC, una risonanza magnetica, esami in ambiente ospedaliero?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|      | essere ricoverato?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |
|      | seguire un trattamento medico?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |         |   |         |



|  |                                  |   |  |  |  |
|--|----------------------------------|---|--|--|--|
|  | subire un intervento chirurgico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |  |  |
|--|----------------------------------|---|--|--|--|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>QUADRO RISERVATO AL MEDICO<br/>SPECIALIZZATO DELLA COMPAGNIA DI<br/>ASSICURAZIONI</b></p> | <p>REDATTO DAL DOTTOR _____</p> <p>LUOGO: _____</p> <p>DATA: _____</p> <p>Letto e approvato,</p> <p>_____</p> <p>Firma dell'Assicurato</p> | <p><b>TIMBRO E FIRMA<br/>DEL MEDICO DI<br/>MEDICINA<br/>GENERALE</b></p> |
|---|--|--|