

DOPO DI NOI

CATTOLICA&PROTEZIONE

Contratto di assicurazione a vita intera a premio unico ricorrente e premi unici aggiuntivi con rivalutazione annua del capitale, prestazione addizionale per il caso di morte e garanzia complementare facoltativa per il caso di morte o morte e invalidità totale permanente.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Scheda sintetica
- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della gestione separata
- Glossario
- Modulo di proposta

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota Informativa.



SCHEDA SINTETICA

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

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota Informativa.

1. Informazioni generali

1.a) Compagnia

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa (Gruppo Cattolica Assicurazioni).

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a 1.909 milioni di Euro (capitale sociale: 523 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 1.342 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari 1,92 volte.

1.c) Denominazione del contratto

Cattolica&Protezione Dopo di Noi.

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurative dal presente contratto sono contrattualmente garantite dalla Compagnia e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione interna separata di attivi.

1.e) Durata

La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

È possibile esercitare il diritto di riscatto trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto.

Il decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto (c.d. Liquidazione Speciale).

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

1.f) Pagamento dei premi

A fronte delle prestazioni assicurative del presente contratto, è previsto il versamento di un premio unico ricorrente, il cui importo è fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

La durata del periodo di pagamento dei premi deve essere almeno pari a 10 anni e non superare i 30 anni.

La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il premio unico ricorrente può essere corrisposto con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

L'ammontare minimo del premio unico ricorrente non può essere inferiore a:

- 1.200,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità annuale;
- 600,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità semestrale;
- 300,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità trimestrale;
- 100,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità mensile.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

Il Contraente potrà versare successivi premi unici aggiuntivi una tantum di importo e cadenza non predefiniti.

L'ammontare minimo dei premi unici aggiuntivi è di 500,00 Euro. La Compagnia si riserva in qualsiasi momento di non consentire il versamento di premi unici aggiuntivi con riferimento a tutti i contratti relativi al prodotto "Cattolica&Protezione Dopo di Noi".

In relazione al prodotto in oggetto, il cumulo dei premi versati comprensivo dei premi unici ricorrenti e degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati dallo stesso Contraente, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente, non potrà essere superiore a 1.000.000,00 Euro.

Inoltre per tutta la durata contrattuale non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro il cumulo complessivo dei premi versati con più contratti, afferenti a prodotti le cui prestazioni sono collegate al rendimento della gestione separata "RI.SPE.VI.", in vigore alla data di sottoscrizione del presente contratto e stipulati dallo stesso Contraente con la Compagnia, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente.

In casi di sottoscrizione della garanzia complementare facoltativa, il Contraente deve inoltre corrispondere un ulteriore premio annuo, come definito all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione.

2. Caratteristiche del contratto

Il contratto è una polizza assicurativa sulla vita in cui le prestazioni si incrementano in base al rendimento di una gestione interna separata.

Per la comprensione del meccanismo di partecipazione agli utili si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni e del valore di riscatto contenute nella sezione E della Nota Informativa.

La Compagnia è tenuta a consegnare al Contraente il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il contratto è concluso.

Alla sottoscrizione, il Contraente ha inoltre la facoltà di accedere ad una garanzia complementare facoltativa tra:

- garanzia complementare Caso Morte;
- garanzia complementare Caso Morte + Invalidità Totale e Permanente.

La Compagnia offre inoltre in entrambe le assicurazioni complementari, per una durata uguale alla durata dell'assicurazione complementare diminuita di un anno, una garanzia accessoria definita "Terminal Illness"; per ulteriori dettagli si rimanda all'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato	
<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
Caso morte a vita intera	In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga, il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza
Coperture complementari facoltative	
<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
Caso morte	In caso di decesso dell'Assicurato durante il periodo di copertura, il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza
Caso morte + Invalidità Totale e Permanente	In caso di decesso dell'Assicurato o in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 66% durante il periodo di copertura, il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza o all'Assicurato stesso (in caso di ITP)
Terminal Illness	In caso venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, il pagamento immediato del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale
Opzioni contrattuali	
<i>Definizione</i>	<i>Descrizione della prestazione</i>
Opzione da capitale in rendita vitalizia sulla testa del soggetto disabile	La conversione del valore di riscatto o della prestazione caso morte in una rendita vitalizia pagabile fino a che il soggetto disabile è in vita

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,00%.

La Compagnia comunque garantisce almeno il consolidamento del capitale rivalutato alla ricorrenza annuale precedente.

Le partecipazioni agli utili, una volta dichiarate al Contraente, risultano definitivamente acquisite sul contratto.

In caso di riscatto il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla sezione B. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli Artt. 11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Costi

La Compagnia, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota Informativa alla sezione C.

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla gestione separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto, viene di seguito riportato l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su parametri prefissati.

Il Costo percentuale medio annuo (CPMA) è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi delle coperture complementari e/o accessorie.

Il Costo percentuale medio annuo in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Gestione separata "RI.SPE.VI."

Ipotesi adottate

Premio unico ricorrente: 1.500,00 Euro

Tasso di rendimento degli attivi: 2,00%

L'indicatore non risulta funzione del sesso e dell'età dell'Assicurato.

Anno	CPMA
5	2,29%
10	1,82%
15	1,67%
20	1,60%
25	1,55%

Assicurazione di rendita opzionale

Importo del capitale da convertire in rendita immediata vitalizia con pagamento posticipato e frazionamento annuale

Sesso: Maschio\Femmina

Tipo disabilità: sindrome di Down

Età di calcolo (*)	Rendita annua (in Euro)		
	12.000,00	24.000,00	36.000,00
55	182.645,60	365.291,19	547.936,79
60	143.687,81	287.375,62	431.063,43
65	111.132,78	222.265,56	333.398,33

Sesso: Maschio\Femmina
Tipo disabilità: Autismo

Età di calcolo (*)	Rendita annua (in Euro)		
	12.000,00	24.000,00	36.000,00
55	329.573,09	659.146,17	988.719,26
60	292.014,42	584.028,84	876.043,27
65	253.043,05	506.086,10	759.129,15

Sesso: Maschio\Femmina
Tipo disabilità: Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 comma 1 della legge 104/92

Età di calcolo (*)	Rendita annua (in Euro)		
	12.000,00	24.000,00	36.000,00
55	362.224,13	724.448,26	1.086.672,38
60	321.664,15	643.328,31	964.992,46
65	279.618,94	559.237,89	838.856,83

(*) L'età di calcolo va rettificata secondo le modalità indicate all'Art. 15.1 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Illustrazione di alcuni dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione separata "RI.SPE.VI." negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati.

Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata	Rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati nell'anno successivo a quello di riferimento (*)	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2011	4,08%	3,08%	4,89%	2,73%
2012	4,22%	3,22%	4,64%	2,97%
2013	4,19%	3,19%	3,35%	1,17%
2014	4,13%	3,13%	2,08%	0,21%
2015	4,09%	3,09%	1,19%	-0,17%

(*) Rendimento annuo riconosciuto alle polizze con ricorrenza gennaio.

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

6. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota Informativa.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenute nella presente Scheda sintetica.

Il Rappresentante Legale

Paolo Bedoni
Paolo Bedoni

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA INTERA A PREMIO UNICO RICORRENTE E PREMI UNICI AGGIUNTIVI CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE, PRESTAZIONE ADDIZIONALE PER IL CASO DI MORTE E GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA PER IL CASO DI MORTE O MORTE E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

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

A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
- c) Telefono: 0458391111; sito Internet: www.cattolica.it; indirizzo posta elettronica: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; indirizzo di posta elettronica certificata: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 n. 966;
- e) Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato (fermo quanto previsto al successivo punto 11.2)

La scelta della durata del periodo pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il contratto prevede la corresponsione al Beneficiario designato di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato in qualsiasi epoca avvenga. Si rinvia all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: sono previsti periodi di sospensione o limitazioni alla copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Parte del capitale liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato è il risultato della capitalizzazione dei premi versati, al netto dei costi e dell'eventuale premio relativo ai rischi demografici.

La rivalutazione della prestazione, determinata come indicato al punto 5, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente consolidata.

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito dello 0,00%.

La Compagnia garantisce comunque il consolidamento del capitale rivalutato alla ricorrenza annuale precedente.

Alla sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, in alternativa alla corresponsione delle prestazioni in un'unica soluzione, l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile a favore del Beneficiario designato.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata il soggetto disabile (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato.

I coefficienti applicati al capitale da convertire in rendita sono riportati nelle Tabelle 1, 2 e 3 che formano parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Per una descrizione sintetica delle opzioni esercitabili dal contratto si rimanda all'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.

2.1 Prestazioni complementari facoltative

Alla sottoscrizione del contratto, e a seguito del pagamento di un ulteriore premio annuo, il Contraente può selezionare le seguenti garanzie complementari di natura facoltativa, aggiuntive rispetto alla prestazione principale a premio unico ricorrente:

- Garanzia Complementare Caso Morte: questa garanzia complementare prevede la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato;

- Garanzia Complementare Caso Morte + Invalidità Totale e Permanente: questa garanzia complementare prevede la corresponsione ai Beneficiari designati (o all'Assicurato stesso in caso di ITP) di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato o in caso di sopravvenuta malattia organica o infortunio che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 66%.

Le garanzie complementari facoltative di cui sopra sono alternative fra loro e possono essere selezionate esclusivamente alla sottoscrizione del contratto. Non è quindi possibile sottoscrivere tali garanzie nel corso della durata del contratto.

Si rinvia all'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

3. Requisiti soggettivi

Per accedere al presente contratto, l'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso un soggetto affetto da una delle seguenti forme di disabilità:

- **Sindrome di Down;**
- **Autismo;**
- **Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 comma 1 della legge 104/92.**

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dal soggetto disabile, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

Nel momento in cui viene concluso il presente contratto, l'Assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore ad anni 80 e non inferiore ad anni 18.

Alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato dovrà fornire la seguente documentazione:

- specifica attestazione da parte di un medico comprovante la patologia sofferta dal soggetto disabile (Sindrome Down o Autismo) o copia del certificato, ai sensi della legge 104/92, in cui si attesta lo stato di disabilità;
- autocertificazione comprovante il vincolo di parentela o affinità tra l'Assicurato e il soggetto disabile oppure il ruolo di tutore/curatore del primo nei confronti del secondo.

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dal soggetto disabile, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

Tale documentazione dovrà essere raccolta da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto e trasmessa tempestivamente alla Compagnia.

4. Premi

Il contratto prevede il versamento di un premio unico ricorrente il cui importo è fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Il premio unico ricorrente può essere corrisposto con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

L'ammontare minimo del premio unico ricorrente non può essere inferiore a:

- 1.200,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità annuale;
- 600,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità semestrale;
- 300,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità trimestrale;
- 100,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità mensile.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

In qualsiasi momento il Contraente ha la possibilità di effettuare ulteriori versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, di importo e periodicità non predefiniti. L'ammontare minimo dei premi unici aggiuntivi è di 500,00 Euro. La Compagnia si

riserva in qualsiasi momento di non consentire il versamento di premi unici aggiuntivi con riferimento a tutti i contratti relativi al prodotto "Cattolica&Protezione Dopo di Noi".

In relazione al prodotto in oggetto, il cumulo dei premi versati comprensivo dei premi unici ricorrenti e degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati dallo stesso Contraente, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente, non potrà essere superiore a 1.000.000,00 Euro.

Inoltre per tutta la durata contrattuale non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro il cumulo complessivo dei premi versati con più contratti, afferenti a prodotti le cui prestazioni sono collegate al rendimento della gestione separata "RI.SPE.VI.", in vigore alla data di sottoscrizione del presente contratto e stipulati dallo stesso Contraente con la Compagnia, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente.

Il pagamento del premio alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive, nonché dei premi unici aggiuntivi può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa;
- bonifico postale, postagiro, bollettino postale (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione".

Si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Il Contraente è libero di modificare la periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti nonché di aumentarne l'importo; inoltre ha facoltà di:

- diminuire l'importo del premio unico ricorrente nel rispetto degli importi minimi previsti;
- sospendere definitivamente o temporaneamente il pagamento dei premi unici ricorrenti e riprenderlo in qualsiasi momento.

La modifica della periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

La modifica dell'importo del premio sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile a seconda della periodicità in corso, successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

Le richieste di modifica della periodicità di pagamento dei premi, di modifica dell'importo del premio e di versamento di premi aggiuntivi saranno rivolte all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari, numero verde 848.800.721.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, ad avvenuta esecuzione della richiesta, ne darà specifica informativa al Contraente mediante comunicazione tramite lettera.

Le richieste di sospensione definitiva o temporanea di pagamento dei premi dovranno essere inviate all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

In caso di attivazione delle garanzie complementari facoltative, il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Il frazionamento del premio per le garanzie complementari facoltative deve sempre essere il medesimo prescelto per la prestazione principale e pertanto, in caso di variazione, verrà a sua volta adeguato; si precisa che il versamento dei premi alla sottoscrizione della proposta deve seguire le medesime modalità previste per il premio della prestazione principale. Gli interessi di frazionamento eventualmente previsti sui premi dovuti per le garanzie complementari facoltative sono indicati al punto 6.1.3.

In caso di interruzione dei premi a fronte della prestazione principale la Compagnia interromperà automaticamente anche il versamento dei premi delle garanzie complementari facoltative eventualmente attivate.

Per ulteriori dettagli si rimanda agli Artt. 26 e 27 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale denominata "RI.SPE.VI.", separata dalle altre attività della Compagnia. Ai fini del calcolo della misura di rivalutazione il rendimento medio, come determinato al punto 10 del Regolamento, è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del secondo mese antecedente quello nel quale cade la ricorrenza annuale considerata.

La misura annua di rivalutazione da applicare al presente contratto è pari al tasso di rendimento finanziario annuo realizzato dalla Gestione "RI.SPE.VI." diminuito dei costi indicati al punto 6.2.

In ogni caso la misura annua di rivalutazione, come sopra determinata, non potrà mai risultare negativa.

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,00%.

Si rinvia all'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio sulla rivalutazione annua del capitale e al Regolamento della gestione separata che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Per l'illustrazione degli effetti della rivalutazione si rinvia alla sezione E della presente Nota informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurative e dei valori di riscatto.

La Compagnia consegna al Contraente, al più tardi al momento in cui il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione principale

I costi di acquisizione ed amministrazione vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio versato (unico ricorrente o unico aggiuntivo).

I costi gravanti sulle varie forme di premio sono rappresentati nelle Tabelle A e B.

Tabella A – Costo fisso applicato esclusivamente sul primo premio

Premio	Costi gravanti sul primo premio
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro

Tabella B – Costi variabili

Tipologia di premio	Costi gravanti sul premio (al netto della cifra fissa)
Premi unici ricorrenti	2,00%
Premi unici aggiuntivi	1,00%

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

6.1.2 Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare facoltativa

Tabella C

Costi gravanti sul premio annuo
Cifra fissa pari a 50,00 Euro più 3,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

6.1.3 Interessi di frazionamento sul premio per le garanzie complementari facoltative

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per le garanzie complementari facoltative sono previsti gli interessi di frazionamento indicati nella seguente tabella.

Tabella D

Rateazione del premio	Costi di frazionamento
Annuale	Nessun costo
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	4,00%

6.1.4 Costi per riscatto per motivi “elencati e certificabili”

In caso di riscatto effettuato per motivi “elencati e certificabili” di cui all’Art. 14.1.1. delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia non applica costi sull’importo riscattato. Tale esenzione è da intendersi limitata all’importo effettivamente impiegato per i motivi “elencati e certificabili”.

6.1.5 Costi in caso di riscatto per motivi diversi da quelli “elencati e certificabili”

I costi applicati in caso di riscatto vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dal capitale rivalutato fino alla data di richiesta di riscatto, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto.

Tali costi sono variabili in relazione agli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto.

I costi applicati in caso di riscatto sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella E

Data di richiesta del riscatto	Costi per riscatto
Durante il 1° anno	Riscatto non ammesso
Durante il 2° anno	2,00% del capitale rivalutato
Durante il 3° anno	1,00% del capitale rivalutato
Durante il 4° anno	0,50% del capitale rivalutato
Trascorsi 4 anni	Non sono previsti costi

6.1.6 Costi in caso di “Liquidazione Speciale”

Il decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l’applicazione di alcuna penale.

6.2 Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Si sottrae annualmente dal tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione “RI.SPE.VI.” un’aliquota rappresentata nella seguente Tabella.

Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione	1,00%
---	-------

6.3 Costi per l’erogazione della rendita opzionale

E’ previsto un costo per il pagamento della rendita (implicito nella rata di rendita), che si determina maggiorando il tasso di premio puro della percentuale riportata nella tabella che segue; in tal modo l’aumento del tasso di premio puro provoca una conseguente diminuzione dell’importo della rata di rendita.

Tabella F

Rateazione della rendita	Costo per il pagamento della rendita
Annuale	1,15%
Semestrale	1,30%
Trimestrale	1,60%
Mensile	2,80%

* * *

Nella Tabella G di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento, con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo:

Tabella G

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi fissi gravanti sul contratto	50,00 Euro	0,00%
Costi variabili gravanti sui premi	2,00%	40,00%
	1,00%	
Costi per riscatto	Fino ad un massimo del 2,00%	0,00%
Costi per l'erogazione della rendita opzionale	Variabili a seconda della rateazione richiesta	0,00%
Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili	1,00%	0,00%
Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare facoltativa	Cifra fissa di 50,00 Euro	0,00%
	3,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)	100,00%

7. Sconti

Non sono previsti sconti.

8. Regime fiscale delle garanzie principali

Imposta sui premi

I premi del presente contratto sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi

È prevista la non detraibilità e la non deducibilità dei premi relativi al presente contratto se non per il seguente caso: la garanzia che copre il rischio di morte dà diritto, ove esplicitato il relativo premio, ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni e sono assoggettate all'IRPEF secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

In tutti gli altri casi, le somme corrisposte sono soggette alla seguente tassazione:

- *prestazione erogata in forma di capitale*: la prestazione verrà assoggettata alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione della prestazione e applicata sulla differenza fra il capitale percepito, comprensivo di eventuali prestazioni iniziali aggiuntive o bonus, se previsti contrattualmente, e l'ammontare dei premi pagati in conformità a quanto previsto dall'art. 45, comma 4 del D.P.R. n. 917 del 22/12/1986.
- *prestazione erogata in forma di rendita*: la rendita percepita dal Beneficiario verrà assoggettata alla tassazione di legge vigente al momento dell'erogazione della prestazione. I rendimenti tassabili sono costituiti dalla differenza tra l'importo di ciascuna rata di rendita erogata e quello della corrispondente rata calcolata senza tener conto dei rendimenti finanziari, calcolata cioè con un rendimento finanziario nullo.

In ogni caso, l'aliquota di tassazione viene ridotta ove tra gli attivi a copertura delle riserve matematiche siano compresi i titoli di Stato, di cui all'art. 31 del D.P.R. 601/73 e le obbligazioni emesse da Stati "white list".

L'art. 2 del Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 13 dicembre 2011 ha determinato le modalità di individuazione delle predette quote di proventi non soggette ad imposta sostitutiva.

Tali quote sono determinate in proporzione alla percentuale media dell'attivo investito direttamente o indirettamente (tramite fondi) nei titoli medesimi a copertura delle riserve matematiche.

8.1 Regime fiscale delle garanzie complementari facoltative

Imposta sui premi

I premi relativi all'assicurazione complementare facoltativa sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

Ai sensi della legge su "*Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*", il plafond di detraibilità sulle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave come definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, si intende elevato da 530,00 Euro a 750,00 Euro.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in virtù di tali garanzie complementari sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Effettuato il primo versamento, il Contraente ha la facoltà di sospendere in qualsiasi momento i versamenti e di riprendere il pagamento in qualsiasi momento successivo alla sospensione.

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto il Contraente ha, altresì, la facoltà di sciogliere il contratto con il riconoscimento del valore di riscatto, calcolato come indicato al successivo punto 11.

Si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

11. Riscatto e riduzione

11.1 L'esercizio del diritto di riscatto

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, in conformità con quanto disposto dall'art. 1925 cod. civ., il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto, riscuotendo un capitale pari al valore di riscatto maturato.

Si rinvia all'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di determinazione dei valori di riscatto.

Esiste la possibilità che i valori sopra citati risultino inferiori ai premi versati.

Prima di effettuare l'operazione di riscatto, il Contraente può richiedere informazioni circa le modalità e le condizioni dell'operazione a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 848800721, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Il Contraente dovrà esercitare il diritto di riscatto inviando fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia considererà comunque valida la richiesta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

In caso di riscatto parziale, il Contraente deve espressamente indicare nella propria richiesta il capitale che intende riscattare.

Il Contraente può esercitare anche il diritto di riscatto parziale in presenza delle seguenti condizioni:

a) che il capitale riscattato non sia inferiore a 1.200,00 Euro;

b) che il capitale residuo non sia inferiore a 1.200,00 Euro.

In tal caso il capitale residuo continuerà ad essere rivalutato come indicato al punto 5.

Qualora non venga rispettato anche uno solo dei limiti predetti, il riscatto parziale non sarà effettuato dalla Compagnia.

In caso di riscatto parziale, il Contraente deve espressamente indicare nella propria richiesta il capitale che intende riscattare.

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla sezione E per l'illustrazione della evoluzione dei valori di riscatto. Si precisa che i valori riferiti alle caratteristiche richieste dal Contraente saranno contenuti nel Progetto personalizzato.

Il presente contratto non prevede alcun valore di riduzione.

11.2 Liquidazione Speciale

La liquidazione speciale è conseguente al decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario.

La liquidazione speciale comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

12. Revoca della proposta

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

13. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative del contratto, il Contraente, l'Assicurato e il Beneficiario sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Nel caso in cui non venga fornita la completa documentazione, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento al medesimo allegato vengono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a

cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – Fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

18. Norme a favore del Contraente

Cessione, pegno e vincolo

Non ammessi.

Limitazioni di azioni esecutive o cautelari

Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Diritto proprio del Beneficiario

Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

19. Informativa in corso di contratto

La Compagnia è tenuta a trasmettere, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero entro sessanta giorni dalla data prevista nelle Condizioni di Assicurazione per la rivalutazione delle prestazioni assicurative, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura della rivalutazione.

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013, la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

E' possibile richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia.

20. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa.

La Compagnia potrebbe effettuare investimenti in strumenti finanziari emessi da società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa o in attivi emessi da società partecipate dalla Compagnia stessa.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente.

Si rinvia al rendiconto annuale della gestione separata per la quantificazione delle eventuali utilità ricevute e retrocesse agli assicurati.

21. Gestione separata

L'ultimo prospetto della composizione della gestione separata "RI.SPE.VI." ed il relativo rendiconto sono pubblicati sul sito internet della Compagnia.

E. PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione costituisce una esemplificazione dello sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto previsti dal contratto.

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata e periodicità di versamenti, età dell'Assicurato, forma di disabilità sofferta dal parente/assistito dell'Assicurato, età del soggetto disabile.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) una ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 2,00%.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che la Compagnia è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle condizioni di polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'IVASS sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo la Compagnia. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RISCATTO IN EURO IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,00%
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- Anno di nascita del soggetto disabile: 1996
- Età del soggetto disabile: 20 anni
- Tipo di disabilità sofferta: sindrome di Down
- Sesso dell'Assicurato: maschile/femminile
- Durata dello sviluppo: 15 anni
- Versamento aggiuntivo iniziale: 50.000,00 Euro
- Premio unico ricorrente: 2.500,00 Euro
- Periodicità di versamento ricorrente: annuale
- Versamento periodico: 2.500,00 Euro
- Costo in cifra fissa sul contratto: 50,00 Euro
- Costi gravanti sul premio unico ricorrente: costi di acquisizione ed amministrazione 2,00% del premio versato
- Costi gravanti sul versamento aggiuntivo iniziale: costi di acquisizione ed amministrazione 1,00% del premio versato
- L'Assicurato ha sottoscritto la dichiarazione sul proprio stato di salute

Anni trascorsi	Versamento aggiuntivo iniziale	Premio unico ricorrente	Cumulo dei premi versati	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Valore di riscatto alla fine dell'anno per motivi "elencati e certificabili" ⁽¹⁾	Valore di riscatto alla fine dell'anno per motivi diversi da quelli "elencati e certificabili"	Età anagrafica del soggetto disabile	Rendita annua vitalizia di opzione sul soggetto disabile in caso di riscatto ⁽²⁾
1	50.000,00	2.500,00	52.500,00	54.496,05	51.901,00	50.862,98	21	1.262,24
2		2.500,00	55.000,00	57.068,55	54.351,00	53.807,49	22	1.352,54
3		2.500,00	57.500,00	59.641,05	56.801,00	56.517,00	23	1.439,19
4		2.500,00	60.000,00	62.213,55	59.251,00	59.251,00	24	1.532,57
5		2.500,00	62.500,00	64.786,05	61.701,00	61.701,00	25	1.621,85
6		2.500,00	65.000,00	67.358,55	64.151,00	64.151,00	26	1.714,42
7		2.500,00	67.500,00	69.931,05	66.601,00	66.601,00	27	1.810,40
8		2.500,00	70.000,00	72.503,55	69.051,00	69.051,00	28	1.910,04
9		2.500,00	72.500,00	75.076,05	71.501,00	71.501,00	29	2.013,62
10		2.500,00	75.000,00	76.169,53	73.951,00	73.951,00	30	2.121,38
11		2.500,00	77.500,00	78.693,03	76.401,00	76.401,00	31	2.233,58
12		2.500,00	80.000,00	81.216,53	78.851,00	78.851,00	32	2.350,56
13		2.500,00	82.500,00	83.740,03	81.301,00	81.301,00	33	2.472,53
14		2.500,00	85.000,00	86.263,53	83.751,00	83.751,00	34	2.598,32
15		2.500,00	87.500,00	88.787,03	86.201,00	86.201,00	35	2.729,56

⁽¹⁾ L'importo del valore di riscatto riportato nella colonna è riservato a richieste di riscatto per motivi "elencati e certificabili" di cui all'Art. 14.1 delle Condizioni di assicurazione.

⁽²⁾ L'importo della rendita è calcolato ipotizzando un riscatto per motivi diversi da quelli "elencati e certificabili" e una liquidazione della stessa con periodicità mensile.

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica.

Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, non potrà mai avvenire.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario: 2,00%

Il tasso del 2% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.

- Prelievo sul rendimento finanziario (sottratto dal tasso di rendimento finanziario): 1,00%
- Tasso di rendimento retrocesso: 1,00%
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- Anno di nascita del soggetto disabile: 1996
- Età del soggetto disabile: 20 anni
- Tipo di disabilità sofferta: sindrome di Down
- Sesso dell'Assicurato: maschile/femminile
- Durata dello sviluppo: 15 anni
- Versamento aggiuntivo iniziale: 50.000,00 Euro
- Premio unico ricorrente: 2.500,00 Euro
- Periodicità di versamento ricorrente: annuale
- Versamento periodico: 2.500,00 Euro
- Costo in cifra fissa sul contratto: 50,00 Euro
- Costi gravanti sul premio unico ricorrente: costi di acquisizione ed amministrazione 2,00% del premio versato
- Costi gravanti sul versamento aggiuntivo iniziale: costi di acquisizione ed amministrazione 1,00% del premio versato
- L'Assicurato ha sottoscritto la dichiarazione sul proprio stato di salute

Anni trascorsi	Versamento aggiuntivo iniziale	Premio unico ricorrente	Cumulo dei premi versati	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Valore di riscatto alla fine dell'anno per motivi "elencati e certificabili" ⁽¹⁾	Valore di riscatto alla fine dell'anno per motivi diversi da quelli "elencati e certificabili"	Età anagrafica del soggetto disabile	Rendita annua vitalizia di opzione sul soggetto disabile in caso di riscatto ⁽²⁾
1	50.000,00	2.500,00	52.500,00	55.041,01	52.420,01	51.371,61	21	1.274,86
2		2.500,00	55.000,00	58.189,65	55.418,71	54.864,52	22	1.379,11
3		2.500,00	57.500,00	61.369,77	58.447,40	58.155,16	23	1.480,91
4		2.500,00	60.000,00	64.581,70	61.506,38	61.506,38	24	1.590,91
5		2.500,00	62.500,00	67.825,73	64.595,94	64.595,94	25	1.697,94
6		2.500,00	65.000,00	71.102,22	67.716,40	67.716,40	26	1.809,71
7		2.500,00	67.500,00	74.411,46	70.868,06	70.868,06	27	1.926,39
8		2.500,00	70.000,00	77.753,80	74.051,24	74.051,24	28	2.048,35
9		2.500,00	72.500,00	81.129,56	77.266,25	77.266,25	29	2.175,98
10		2.500,00	75.000,00	82.928,82	80.513,42	80.513,42	30	2.309,63
11		2.500,00	77.500,00	86.306,84	83.793,05	83.793,05	31	2.449,69
12		2.500,00	80.000,00	89.718,64	87.105,48	87.105,48	32	2.596,63
13		2.500,00	82.500,00	93.164,57	90.451,04	90.451,04	33	2.750,81
14		2.500,00	85.000,00	96.644,94	93.830,04	93.830,04	34	2.911,02
15		2.500,00	87.500,00	100.160,13	97.242,84	97.242,84	35	3.079,20

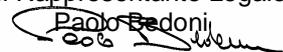
⁽¹⁾ L'importo del valore di riscatto riportato nella colonna è riservato a richieste di riscatto per motivi "elencati e certificabili" di cui all'Art. 14.1 delle Condizioni di assicurazione.

⁽²⁾ L'importo della rendita è calcolato ipotizzando un riscatto per motivi diversi da quelli "elencati e certificabili" e una liquidazione della stessa con periodicità mensile.

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

Paolo Bedoni


CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA INTERA A PREMIO UNICO RICORRENTE E PREMI UNICI AGGIUNTIVI CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE, PRESTAZIONE ADDIZIONALE PER IL CASO DI MORTE E GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA PER IL CASO DI MORTE O MORTE E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Art. 1 – Oggetto.

Per accedere al presente contratto, l'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso un soggetto affetto da una delle seguenti forme di disabilità:

- **Sindrome di Down;**
- **Autismo;**
- **Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 comma 1 della legge 104/92.**

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dal soggetto disabile, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

A fronte del versamento di un premio unico ricorrente, in base a quanto previsto all'Art. 8, il presente contratto di assicurazione prevede, in caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione al Beneficiario designato di un capitale calcolato in base a quanto previsto dall'Art. 11.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto. In tal caso, la Compagnia corrisponderà al Contraente un capitale pari al valore di riscatto maturato, quale determinato ai sensi dell'Art. 14.

Il decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto, secondo quanto previsto all'Art. 14.3.

Alla sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, in alternativa alla corresponsione delle prestazioni in un'unica soluzione, l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile a favore del Beneficiario designato.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata il soggetto disabile (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato.

I coefficienti applicati al capitale da convertire in rendita sono riportati nelle Tabelle 1, 2 e 3 che formano parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per ulteriori dettagli si rimanda all'Art. 15.1.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto.

Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Nel termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 848800721, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà – nel primo caso agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo – il premio da questi corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 3 – Revoca della proposta.

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

Art. 5 – Dichiarazione sul proprio stato di salute.

Contestualmente alla proposta di assicurazione, l'Assicurato dovrà sottoscrivere una dichiarazione sul proprio stato di salute.

Nel caso di mancata sottoscrizione di tale dichiarazione, il contratto potrà comunque essere concluso ma il capitale in caso di decesso, calcolato come indicato al successivo Art. 11, sarà determinato considerando la percentuale e il capitale massimo addizionale relativi all'ultima fascia di età previsti dalla Tabella F di cui all'Art. 11, indipendentemente dall'età dell'Assicurato.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. La Compagnia decade dal diritto di impugnare il contratto trascorsi tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di corrispondere, in caso di decesso dell'Assicurato, prima che sia decorso il termine dianzi indicato per l'impugnazione, solamente il capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta di cui all'Art. 11, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica, in base all'età effettiva, delle somme dovute.

Art. 7 – Esclusioni e periodo di carenza relativi alla garanzia principale.

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo 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 dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste 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;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto assicurativo (o dalla data in cui viene versato ciascun premio unico aggiuntivo, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento);**
- **abuso di alcool e droghe.**

È inoltre escluso dalla garanzia il decesso derivante dall'esercizio o dalla pratica delle seguenti attività sportive:

- **attività alpinistiche o speleologiche senza guida alpina;**
- **automobilismo, motociclismo, motonautica;**
- **sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela);**
- **kayak, rafting;**
- **ciclismo agonistico;**
- **slittino e guidoslitta a livello agonistico;**
- **pugilato e arti marziali a livello agonistico;**
- **rugby professionistico;**
- **immersioni subacquee con autorespiratore;**
- **salti dal trampolino con sci o idrosci.**

Nel caso in cui l'Assicurato appartenga ad uno dei Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia) o ai Vigili del Fuoco, è escluso il decesso che lo stesso dovesse subire nello svolgimento della propria attività professionale. Sono invece coperti i decessi causati da attività extra-professionali.

In tutti i casi sopra esposti verrà corrisposto solamente un importo pari al capitale di cui all'Art. 11 a).

B) PERIODO DI CARENZA - CONDIZIONI

Viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi. Nel caso di decesso dell'Assicurato in questo periodo, il capitale assicurato, così come previsto al successivo Art. 11, non verrà corrisposto e verrà liquidato, ai Beneficiari designati, solamente il capitale di cui all'Art. 11 a).

Tale periodo di carenza di sei mesi verrà applicato anche successivamente a decorrere dalla data in cui vengano effettuati eventuali versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Tuttavia la Compagnia non applicherà la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari al capitale assicurato così come stabilito dall'Art. 11, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

È inoltre sempre previsto, anche nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato il rapporto di visita medica, un periodo di carenza di 5 anni in caso di decesso causato dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata. In tal caso verrà corrisposto solamente il capitale di cui all'Art. 11 a). Tale criterio verrà seguito anche nel caso di versamento in forma di premio unico aggiuntivo relativamente al capitale acquisito con ogni singolo versamento.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, dopo 5 anni dalla conclusione del contratto (o dalla data in cui viene effettuato ciascun versamento in forma di premio unico aggiuntivo), per la suddetta causa, verrà corrisposto il capitale assicurato, così come disciplinato all'Art. 11, senza la limitazione sopra indicata.

Art. 8 – Modalità di versamento del premio relativo alla garanzia principale.

A fronte delle prestazioni assicurative del presente contratto, è previsto il versamento di un premio unico ricorrente, il cui importo è fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il premio unico ricorrente può essere corrisposto con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

L'ammontare minimo del premio unico ricorrente non può essere inferiore a:

- 1.200,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità annuale;
- 600,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità semestrale;
- 300,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità trimestrale;
- 100,00 Euro per i premi unici ricorrenti con periodicità mensile.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

In qualsiasi momento il Contraente ha la possibilità di effettuare ulteriori versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, di importo e periodicità non predefiniti. L'ammontare minimo dei premi unici aggiuntivi è di 500,00 Euro. La Compagnia si riserva in qualsiasi momento di non consentire il versamento di premi unici aggiuntivi con riferimento a tutti i contratti relativi al prodotto "Cattolica&Protezione Dopo di Noi".

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 9 a) l).

In relazione al prodotto in oggetto, il cumulo dei premi versati comprensivo dei premi unici ricorrenti e degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati dallo stesso Contraente, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente, non potrà essere superiore a 1.000.000,00 Euro.

Inoltre per tutta la durata contrattuale non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro il cumulo complessivo dei premi versati con più contratti, afferenti a prodotti le cui prestazioni sono collegate al rendimento della gestione separata "RI.SPE.VI.", in vigore alla data di sottoscrizione del presente contratto e stipulati dallo stesso Contraente con la Compagnia, al netto della parte di premio che ha generato i capitali eventualmente riscattati parzialmente.

Il Contraente è libero di modificare la periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti nonché di aumentarne l'importo; inoltre ha facoltà di:

- diminuire l'importo del premio unico ricorrente nel rispetto degli importi minimi previsti;
- sospendere definitivamente o temporaneamente il pagamento dei premi unici ricorrenti e riprenderlo in qualsiasi momento.

La modifica della periodicità di pagamento dei premi unici ricorrenti sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annua di polizza successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

La modifica dell'importo del premio sarà operativa a partire dalla prima ricorrenza annuale, semestrale, trimestrale, mensile a seconda della periodicità in corso, successiva alla richiesta purché la stessa pervenga entro il 60° giorno che precede detta ricorrenza.

Le richieste di modifica della periodicità di pagamento dei premi, di modifica dell'importo del premio e di versamento di premi aggiuntivi saranno rivolte all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari, numero verde 848.800.721.

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, ad avvenuta esecuzione della richiesta, ne darà specifica informativa al Contraente mediante comunicazione tramite lettera.

Le richieste di sospensione definitiva o temporanea di pagamento dei premi dovranno essere inviate all'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto o a Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Al momento della decorrenza degli effetti del contratto, dei successivi versamenti di premi unici ricorrenti o degli eventuali successivi versamenti dei premi unici aggiuntivi, il premio versato dal Contraente, al netto dei costi gravanti sul premio di cui all'Art. 9 a) I), è investito nella Gestione Interna Separata.

Si precisa che la parte di premio trattenuta dalla Compagnia a fronte dei costi del contratto non concorre alla formazione della prestazione.

Il pagamento del premio alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive, nonché dei premi unici aggiuntivi può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa;
- bonifico postale, postagiuro, bollettino postale (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione".

Il pagamento del premio delle periodicità successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Tale modalità di pagamento è obbligatoria per rateazione mensile o trimestrale del premio per Agenzia C. P. Servizi Consulenziali S.p.A.

Art. 9 – Costi.

a) Costi gravanti direttamente sul Contraente.

I) Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione principale.

I costi di acquisizione ed amministrazione vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio versato (unico ricorrente o unico aggiuntivo).

I costi gravanti sulle varie forme di premio sono rappresentati nelle Tabelle A e B.

Tabella A – Costo fisso applicato esclusivamente sul primo premio

Premio	Costi gravanti sul primo premio
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro

Tabella B – Costi variabili

Tipologia di premio	Costi gravanti sul premio (al netto della cifra fissa)
Premi unici ricorrenti	2,00%
Premi unici aggiuntivi	1,00%

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

II) Costi gravanti sul premio corrisposto per la sottoscrizione dell'assicurazione complementare facoltativa.

Tabella C

Costi gravanti sul premio annuo
Cifra fissa pari a 50,00 Euro più 3,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

III) Interessi di frazionamento sul premio per le garanzie complementari facoltative.

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per le garanzie complementari facoltative sono previsti gli interessi di frazionamento indicati nella seguente tabella.

Tabella D

Rateazione del premio	Costi di frazionamento
Annuale	Nessun costo
Semestrale	1,50%
Trimestrale	2,50%
Mensile	4,00%

IV) Costi in caso di riscatto per motivi “elencati e certificabili”.

In caso di riscatto effettuato per motivi “elencati e certificabili” di cui al successivo Art. 14.1.1., la Compagnia non applica costi sull'importo riscattato.

V) Costi in caso di riscatto per motivi diversi da quelli “elencati e certificabili”.

I costi applicati in caso di riscatto effettuato per motivi diversi da quelli “elencati e certificabili” di cui al successivo Art. 14.1.1. vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dal capitale rivalutato fino alla data di richiesta di riscatto, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto.

Tali costi sono variabili in relazione agli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto.

I costi applicati in caso di riscatto sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella E

Data di richiesta del riscatto	Costi per riscatto
Durante il 1° anno	Riscatto non ammesso
Durante il 2° anno	2,00% del capitale rivalutato
Durante il 3° anno	1,00% del capitale rivalutato
Durante il 4° anno	0,50% del capitale rivalutato
Trascorsi 4 anni	Non sono previsti costi

VI) Costi in caso di “Liquidazione Speciale”.

Il decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario, comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

VII) Costi per l'erogazione della rendita opzionale.

E' previsto un costo per il pagamento della rendita (implicito nella rata di rendita), che si determina maggiorando il tasso di premio puro della percentuale riportata nella tabella che segue; in tal modo l'aumento del tasso di premio puro provoca una conseguente diminuzione dell'importo della rata di rendita.

Rateazione della rendita	Costo per il pagamento della rendita
Annuale	1,15%
Semestrale	1,30%
Trimestrale	1,60%
Mensile	2,80%

b) Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili.

Si sottrae annualmente dal tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione “RI.SPE.VI.” un'aliquota rappresentata nella seguente Tabella.

Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione	1,00%
---	-------

Art. 10 – Requisiti soggettivi – Durata del contratto.

Il contratto è a vita intera, pertanto la sua durata è pari alla vita dell'Assicurato (fermo quanto previsto al successivo Art. 14.3).

La durata del periodo di pagamento dei premi deve essere almeno pari a 10 anni e non superare i 30 anni.

La scelta della durata del periodo di pagamento dei premi deve essere valutata dal Contraente sulla base degli obiettivi che intende perseguire.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso, di cui all'Art. 4, e il diritto di riscatto, di cui all'Art. 14.

Nel momento in cui viene concluso il presente contratto, l'Assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore ad anni 80 e non inferiore ad anni 18.

L'Assicurato dovrà necessariamente comprovare il rapporto di parentela (entro il quarto grado) o di affinità (entro il secondo grado) o il ruolo di tutore/curatore verso un soggetto affetto da una delle seguenti forme di disabilità:

- Sindrome di Down;
- Autismo;
- Altre forme (diverse da quelle citate sopra) come definite dall'Art. 3 comma 1 della legge 104/92.

Alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato dovrà fornire la seguente documentazione:

- specificata attestazione da parte di un medico comprovante la patologia sofferta dal soggetto disabile (Sindrome Down o Autismo) o copia del certificato, ai sensi della legge 104/92, in cui si attesta lo stato di disabilità;
- autocertificazione comprovante il vincolo di parentela o affinità tra l'Assicurato e il soggetto disabile oppure il ruolo di tutore/curatore del primo nei confronti del secondo.

Qualora la figura contrattuale del Contraente sia diversa da quella dell'Assicurato, il Contraente dovrà fornire alla Compagnia idonea dichiarazione che attesti il legame intercorrente con l'Assicurato stesso.

Qualora la figura contrattuale del Beneficiario sia diversa dal soggetto disabile, sarà necessario fornire alla Compagnia, oltre a quanto sopra elencato, idonea dichiarazione di utilizzo delle prestazioni previste dal contratto a favore del disabile stesso.

Tale documentazione dovrà essere raccolta da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto e trasmessa tempestivamente alla Compagnia.

Art. 11 – Prestazioni assicurative.

Il presente contratto garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione di un capitale costituito dalla somma dei due seguenti importi:

- a) capitale rivalutato fino alla data del decesso sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di decesso;
- b) importo addizionale ottenuto moltiplicando il capitale rivalutato all'ultima ricorrenza annuale (nel primo anno di efficacia del contratto assicurativo, moltiplicando i premi versati al netto dei costi di acquisizione ed amministrazione) per una percentuale riportata qui di seguito nella Tabella F, corrispondente alla fascia d'età raggiunta dall'Assicurato al momento del decesso, considerando l'ultima fascia per il caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute come specificato all'Art. 5. L'importo addizionale non può comunque superare il capitale massimo addizionale per il caso di morte come riportato nella Tabella F. Per la determinazione di tale importo addizionale, valgono le eccezioni relative al periodo di carenza di cui all'Art. 7.

Tabella F

Età assicurativa dell'Assicurato al momento del decesso	Fattore di moltiplicazione addizionale	Capitale massimo addizionale per il caso di morte
fino a 39 anni	40,00%	40.000,00 Euro
da 40 a 49 anni	15,00%	15.000,00 Euro
da 50 a 59 anni	5,00%	10.000,00 Euro
da 60 a 69 anni	3,00%	10.000,00 Euro
da 70 anni e oltre (*)	0,50%	5.000,00 Euro

(*) e per i casi di mancata sottoscrizione della dichiarazione sul proprio stato di salute.

Le prestazioni previste dal contratto sono garantite dalla Compagnia.

Art. 12 – Rivalutazione annuale del capitale.

I premi versati, al netto dei costi di cui all'Art. 9 a) l) vengono annualmente rivalutati in base ai rendimenti conseguiti dalla gestione "RI.SPE.VI." nella misura e con le modalità di seguito indicate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione "RI.SPE.VI.", che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, attività di importo non inferiore alle Riserve Matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla suddetta gestione.

Ai fini del calcolo della misura di rivalutazione il rendimento medio, come determinato al punto 10 del Regolamento, è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del secondo mese antecedente quello nel quale cade la ricorrenza annuale considerata.

Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione da applicare al presente contratto è pari al tasso di rendimento finanziario annuo realizzato dalla Gestione "RI.SPE.VI.", come determinato dal punto 10 del relativo Regolamento, diminuito dell'1,00% (costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione).

Determinazione del Capitale Rivalutato

Il capitale rivalutato si ottiene applicando al capitale rivalutato alla ricorrenza annuale precedente la misura di rivalutazione calcolata come indicato in precedenza.

La prima rivalutazione relativa ai capitali derivanti da versamenti effettuati tra due ricorrenze annuali successive di polizza, sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente tra la data del versamento e la successiva ricorrenza annuale di polizza, in base alla misura di rivalutazione attribuibile alla polizza (in base al tasso di rendimento relativo alla ricorrenza contrattuale).

La rivalutazione del capitale ad una data diversa dalle ricorrenze annuali sarà effettuata in regime di capitalizzazione composta per il periodo intercorrente dall'ultima ricorrenza annuale o dalla data di versamento sino alla data di calcolo, sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta del riscatto o di decesso. La rivalutazione della prestazione, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente consolidata.

Tasso annuo di rendimento minimo garantito

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,00%.

Art. 13 – Conflitto di interessi.

Il presente contratto è un prodotto della Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa.

La Compagnia potrebbe effettuare investimenti in strumenti finanziari emessi da società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa o in attivi emessi da società partecipate dalla Compagnia stessa.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente.

Si rinvia al rendiconto annuale della gestione separata per la quantificazione delle eventuali utilità ricevute e retrocesse agli assicurati.

Art. 14 – Diritto di riscatto.

Trascorso un anno dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, in conformità con quanto disposto dall'art. 1925 cod. civ., il Contraente può riscattare anticipatamente il contratto riscuotendo un capitale pari al valore di riscatto maturato.

Prima di effettuare l'operazione di riscatto, il Contraente può richiedere informazioni circa le modalità e le condizioni dell'operazione a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Servizio Clienti – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia), telefono 848800721, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Il Contraente dovrà esercitare il diritto di riscatto inviando fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia considererà comunque valida la richiesta fatta pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

In caso di riscatto parziale, il Contraente deve espressamente indicare nella propria richiesta il capitale che intende riscattare.

Il Contraente può esercitare anche il diritto di riscatto parziale in presenza delle seguenti condizioni:

- a) che il capitale riscattato non sia inferiore a 1.200,00 Euro;
- b) che il capitale residuo non sia inferiore a 1.200,00 Euro.

In tal caso il capitale residuo continuerà ad essere rivalutato come indicato all'Art. 12.

Qualora non venga rispettato anche uno solo dei limiti predetti il riscatto parziale non sarà effettuato dalla Compagnia.

Esiste l'eventualità che il valore sopra citato risulti inferiore ai premi versati.

Art. 14.1 – Riscatto per motivi “elencati e certificabili”.

In caso di richiesta di riscatto per motivi “elencati e certificabili” di cui al successivo Art. 14.1.1, il valore di riscatto sarà pari al capitale rivalutato fino alla data della richiesta di riscatto sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta di riscatto, secondo le modalità riportate al precedente Art. 12.

Art. 14.1.1 Motivi “elencati e certificabili” a fronte di richiesta di riscatto anticipato.

L'elenco dei motivi per i quali è ammesso il riscatto secondo le modalità esposte al precedente Art. 14.1 sono i seguenti:

- a) Gravissime situazioni relative al Contraente, nonché all'Assicurato, al coniuge o ai figli dello stesso per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche (vedasi nota esplicativa *);
- b) Realizzazione di opere finalizzate alla rimozione di barriere architettoniche presso l'abitazione del soggetto disabile (vedasi nota esplicativa **);
- c) Nel caso di rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, cessazione dell'attività lavorativa da parte del Contraente nonché dell'Assicurato ovvero, in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria.

Rimane inteso che l'importo riscattato esente dall'applicazione dei costi di riscatto sarà pari a quello effettivamente impiegato per i motivi di cui sopra e comprovato da specifica documentazione di cui al successivo Art. 16.

(*) Al riguardo, ferma restando l'esigenza di un'attestazione da parte della competente struttura pubblica circa l'esigenza delle terapie o degli interventi, le terapie o gli interventi stessi devono assumere carattere di rilievo per importanza e delicatezza dal punto di vista medico ed economico. Quindi il Contraente deve corredare la domanda della documentazione (preventivo di spesa, certificazioni mediche, ecc.) idonea a valutare l'eccezionalità della terapia o dell'intervento (invece, non è richiesto che si dimostri l'impossibilità di fruire del servizio sanitario gratuito).

(**) Il Contraente deve corredare la domanda della descrizione delle opere e del preventivo di spesa prevista.

Specificata documentazione richiesta in caso di riscatto per motivi “elencati e certificabili” è riportata al successivo Art. 16.

Art. 14.2 – Riscatto per motivi diversi da quelli “elencati e certificabili”.

In caso di richiesta di riscatto per motivi diversi da quelli elencati al precedente Art. 14.1.1, il valore di riscatto totale sarà pari al capitale rivalutato fino alla data della richiesta di riscatto sulla base della misura di rivalutazione attribuibile ai contratti con ricorrenza annuale nel mese di richiesta di riscatto, al netto dei costi di cui all'Art. 9 a) III).

Art. 14.3 – Liquidazione Speciale.

La liquidazione speciale è conseguente al decesso del soggetto disabile nel corso della durata contrattuale, qualora questo coincida con la figura del Beneficiario.

La liquidazione speciale comporta automaticamente la cessazione immediata del contratto.

In tal caso il capitale rivalutato verrà liquidato indipendentemente dal fatto che sia decorso il primo anno di durata del contratto, senza l'applicazione di alcuna penale.

Art. 15 – Modalità di erogazione del valore di riscatto totale o della prestazione in caso di morte dell'Assicurato.

Il pagamento della somma corrispondente alla prestazione di cui all'Art. 14.3 avviene in forma di capitale in un'unica soluzione.

Il pagamento delle somme corrispondenti alle prestazioni di cui all'Art. 11 o agli Artt. 14.1 e 14.2 avviene in forma di capitale in un'unica soluzione; il Contraente può però scegliere, alla sottoscrizione del contratto, delle forme alternative di liquidazione. Per ulteriori dettagli si rimanda al successivo Art. 15.1.

Art. 15.1 – Opzioni di liquidazione delle prestazioni.

Il Contraente può scegliere, alla sottoscrizione del contratto, che il valore di riscatto (ad eccezione della Liquidazione Speciale) o la prestazione in caso di morte dell'Assicurato vengano liquidati tramite l'erogazione di una rendita annua vitalizia e rivalutabile, pagabile in rate posticipate.

La conversione in rendita verrà effettuata considerando quale testa assicurata il soggetto disabile (in funzione dell'età e del tipo di disabilità sofferta) e sarà corrisposta finché quest'ultimo è in vita a favore del Beneficiario designato.

I coefficienti applicati al capitale da convertire in rendita sono riportati nelle Tabelle 1, 2 e 3 che formano parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La rendita non potrà essere riscattata durante il periodo di erogazione e non potrà essere inoltre modificato il Beneficiario della prestazione designato.

Ai fini della determinazione dell'età del soggetto disabile utilizzata per l'individuazione del relativo coefficiente di conversione, si farà riferimento all'età assicurativa alla data dell'evento (riscatto del contratto o decesso dell'Assicurato). L'età assicurativa va rettificata sommando algebricamente alla stessa il fattore correttivo riportato nella seguente Tabella G in corrispondenza dell'anno di nascita del soggetto disabile.

Tabella G

AGE SHIFTING	
Anno di nascita del soggetto disabile	Correzione Età
Fino al 1908	+7
Dal 1909 al 1917	+6
Dal 1918 al 1922	+5
Dal 1923 al 1929	+4
Dal 1930 al 1940	+3
Dal 1941 al 1949	+2
Dal 1950 al 1957	+1
Dal 1958 al 1966	0
Dal 1967 al 1976	-1
Dal 1977 al 1986	-2
Dal 1987 al 1996	-3
Dal 1997 al 2007	-4
Dal 2008 al 2018	-5
Dal 2019 al 2020	-6
Dal 2021 in poi	-7

La Compagnia, su richiesta del Contraente, fornisce per iscritto all'avente diritto una descrizione sintetica dei relativi costi e delle condizioni economiche applicate alla conversione in rendita.

Art. 16 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di decesso dell'Assicurato:

- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali (fotocopia aggiornata) del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;

- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
 - atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
- in caso di Beneficiario minorenni o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione o per l'identificazione dei Beneficiari ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di incidente stradale, di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di riscatto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del Contraente. Se il Contraente è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali (fotocopia aggiornata) del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente;

Ulteriore documentazione richiesta in caso di riscatto per motivi "elencati e certificabili"

Per ciascuna tipologia di evento per il quale è concesso il riscatto anticipato secondo quanto previsto all'Art. 14.1 il Contraente è tenuto a fornire apposita documentazione che dimostri l'esistenza di tale diritto. Vengono riportati di seguito, per ogni fattispecie, i documenti necessari a comprovare tale diritto fermo restando che la Compagnia si riserva di richiedere di volta in volta ulteriore documentazione da presentare ad integrazione della richiesta.

Le fattispecie sono state riportate nel medesimo ordine con il quale vengono esposte al precedente Art. 14.1.1.

- a) documentazione della diagnosi idonea a valutare l'eccezionalità della terapia o dell'intervento (preventivo di spesa, certificazioni mediche, ecc.);
- b) documentazione idonea a dimostrare il preventivo di spesa prevista e la descrizione delle opere da realizzare;
- c) documentazione idonea a dimostrare l'avvio della mobilità, documento di cessazione di attività, comunicazione idonea a comprovare la messa in cassa di integrazione.

Ulteriore documentazione richiesta in caso di Liquidazione Speciale

- Certificato di morte del soggetto disabile rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

In caso di esercizio delle opzioni e i pagamenti conseguenti:

- a seguito della richiesta dell'opzione di liquidazione della rendita vitalizia e nel corso di erogazione della stessa, autocertificazione di esistenza in vita del soggetto disabile da produrre annualmente;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario.

Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, a seguito di specifiche esigenze la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione.

I pagamenti verranno effettuati tramite accredito in conto corrente bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno di traenza.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

In alternativa la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dal ricevimento di detta documentazione completa da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Art. 17 – Pegno.

Il Contraente non può costituire in pegno il credito derivante dal presente contratto.

Art. 18 – Cessione del contratto.

Il Contraente non può cedere a terzi il contratto.

Art. 19 – Beneficiari della prestazione.

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni della Compagnia.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

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

Non può altresì essere modificata la designazione da parte degli eredi dopo la morte del Contraente.

In tali casi le operazioni di riscatto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Art. 20 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico degli aventi diritto.

Art. 21 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 22 – Comunicazioni del Contraente alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

In caso di trasferimento di residenza del Contraente in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi.

L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

Art. 23 – Prescrizione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 24 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Art. 25 – Oggetto.

Il prodotto Cattolica&Protezione Dopo di Noi prevede le seguenti garanzie complementari di natura facoltativa, aggiuntive rispetto alla prestazione principale a premio unico ricorrente:

- a) *Garanzia Complementare Caso Morte*;
- b) *Garanzia Complementare Caso Morte + Invalidità Totale e Permanente*.

Il Contraente può attivare alternativamente una delle garanzie complementari facoltative di cui sopra esclusivamente alla sottoscrizione del contratto. Non è quindi possibile sottoscrivere tali garanzie nel corso della durata del contratto.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste e in relazione alla garanzia prescelta, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita, determinato nel suo ammontare al momento della sottoscrizione del contratto.

La Compagnia offre inoltre in entrambe le assicurazioni complementari, per una durata uguale alla durata dell'assicurazione complementare diminuita di un anno, una garanzia accessoria definita "Terminal Illness"; questa garanzia prevede nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, il pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione caso morte in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

Le presenti garanzie sono operanti nel caso in cui il Contraente abbia dichiarato di volersi avvalere delle stesse, a condizione che abbia pagato il relativo premio e che lo stato di salute, lo stile di vita e l'attività professionale dell'Assicurato siano idonei alla sua assicurabilità.

Queste assicurazioni complementari prevedono il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso.

E' tuttavia possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario, nel qual caso sussiste una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 31.

Le garanzie complementari hanno una durata coincidente con il piano dei versamenti della garanzia principale a premio unico ricorrente. In ogni caso le garanzie devono avere una durata non inferiore a 10 anni e non superiore a 30 anni.

L'Assicurato alla decorrenza delle presenti garanzie deve avere un'età assicurativa non inferiore a 18 e non superiore a 65 anni e al termine del periodo di copertura deve avere un'età assicurativa non superiore a 75 anni.

Il premio annuo della forma assicurativa prescelta è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Ai fini delle presenti garanzie complementari, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

Il rischio morte e invalidità totale e permanente è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 31, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 26 – I premi versati a fronte delle garanzie complementari facoltative.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipula del contratto assicurativo.

Il premio è comprensivo dei costi indicati al precedente Art. 9 a) II).

Il premio rimane costante per tutta la durata ed è corrisposto fino alla scadenza della copertura o, in caso di sinistro (morte o sopraggiunta invalidità totale e permanente), fino al verificarsi di tale evento.

La corresponsione del premio della garanzia complementare deve avere la medesima periodicità prevista per la prestazione principale a premio unico ricorrente e deve essere corrisposto in via anticipata a ciascuna ricorrenza annua, semestrale, trimestrale o mensile di contratto.

In caso di periodicità mensile è obbligatorio versare alla sottoscrizione del contratto tre mensilità di premio anticipate.

In caso di rateazione semestrale, trimestrale o mensile dei premi dovuti per la garanzia complementare facoltativa sono previsti gli interessi di frazionamento indicati al precedente Art. 9 a) III).

Non è ammesso il pagamento del premio relativo alle sole garanzie complementari.

Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle rate successive, può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazioni – Società Cooperativa;
- bonifico postale, postagiuro, bollettino postale (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione".

Il pagamento del premio delle rate successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Art. 27 – Sospensione del pagamento dei premi e riattivazione.

È facoltà del Contraente interrompere il versamento dei premi annui relativi alle presenti garanzie complementari e decorsi 30 giorni dalla prima rata di premio non pagata, tali garanzie si sospendono e pertanto la Compagnia non coprirà l'eventuale verificarsi del sinistro.

La riattivazione è ammessa entro sei mesi dalla prima rata di premio rimasta insoluta, dietro pagamento delle rate arretrate.

Il recupero dei premi arretrati non riguarda i premi della garanzia principale a premio unico ricorrente.

Qualora il Contraente volesse sospendere definitivamente il pagamento dei premi della garanzia complementare, dovrà inviare una specifica richiesta alla Compagnia e la relativa copertura cesserà comunque alla scadenza del periodo per il quale l'ultimo premio risulti pagato (tramite SDD o incasso con altra modalità).

Art. 28 – Operatività delle garanzie complementari facoltative e cessazione.

• Garanzia "Decesso"

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la relativa copertura complementare e corrisposta l'annualità di premio prevista, si verifica il decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di copertura.

La presente garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione complementare;
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale ("Terminal Illness") con conseguente liquidazione del capitale dell'assicurazione complementare caso morte;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 75° compleanno dell'Assicurato.

• Garanzia "Invalidità Totale Permanente"

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la relativa copertura complementare e corrisposta l'annualità di premio prevista, sopraggiunga all'Assicurato una invalidità totale e permanente.

La presente garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione complementare;
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale ("Terminal Illness") con conseguente liquidazione del capitale dell'assicurazione complementare caso morte;
- alla scadenza dell'annualità più prossima al 65° compleanno dell'Assicurato.

• Garanzia "Terminal Illness"

L'obbligo della Compagnia di pagare immediatamente il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando, essendo in vigore la copertura complementare caso morte e corrisposta l'annualità di premio prevista, viene diagnosticata una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno.

La presente assicurazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di scadenza della copertura. La durata della copertura dell'assicurazione "Terminal Illness" è pari alla durata dell'assicurazione complementare caso morte diminuita di un anno.

L'assicurazione "Terminal Illness" si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo dell'assicurazione complementare;
- al termine della durata di operatività della garanzia prevista per l'assicurazione complementare diminuita di un anno.

Art. 29 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".

Art. 30 – Il capitale assicurato.

I) Assicurazione Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di copertura, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 50.000,00 Euro.

Il capitale assicurato, qualora la garanzia venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 60, non potrà essere superiore a 250.000,00 Euro, ridotto a 200.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 65.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati.

In tutti gli altri casi la garanzia potrà essere sottoscritta solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato.

La prestazione assicurativa offerta da tale garanzia complementare verrà erogata secondo la stessa modalità scelta dal Contraente per la corresponsione della garanzia principale a premio unico ricorrente.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della copertura, questa si intenderà estinta ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

II) Assicurazione Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente

In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di copertura o in caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato che sopraggiunga prima del compimento dei 65 anni di età dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto. L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 50.000,00 Euro.

Il capitale assicurato, qualora la garanzia venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla

decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 60, non potrà essere superiore a 250.000,00 Euro, ridotto a 200.000,00 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 65.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati.

In tutti gli altri casi la garanzia potrà essere sottoscritta solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a seguito di infortunio o di sopravvenuta malattia organica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, sia riconosciuto definitivamente incapace di effettuare un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

In caso di pagamento del capitale assicurato per invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di successivo decesso dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della copertura o nel caso non si verifichi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, questa si intenderà estinta ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

- **Garanzia "Terminal Illness"**

Accertato lo stato di malattia terminale, così come definito nell'Art. 25, la Compagnia corrisponderà il capitale garantito dalla presente assicurazione complementare, entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

Tutte le altre garanzie complementari cesseranno una volta eseguito il pagamento della presente assicurazione accessoria.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi all'assicurazione complementare per la durata prevista.

Art. 31 – Esclusioni e periodo di carenza relativi alla garanzia complementare facoltativa.

- **Garanzia "Decesso"**

È escluso dalla garanzia solo 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 dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;**
- **conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, già note in tale data all'Assicurato;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;**
- **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;**
- **abuso di alcool;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;**
- **svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino**

con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta del Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

Qualora la garanzia complementare venga sottoscritta senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla decorrenza della garanzia la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza della garanzia: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la decorrenza della garanzia;
- c) di infortunio avvenuto dopo la decorrenza della garanzia, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica predisposto dalla Compagnia stessa. Qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

In assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla decorrenza della garanzia e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla decorrenza della garanzia, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

- **Garanzia "Terminal Illness"**

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia accessoria "Terminal Illness" sono le medesime della garanzia "Decesso" sopra riportate.

- **Garanzia "Invalidità Totale Permanente"**

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente dovuti a:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi compiuti o tentati;
- guerra (anche non dichiarata), insurrezioni o atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, già note in tale data all'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia della garanzia complementare;
- abuso di alcool;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
- conseguenze di infortuni verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;

- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- svolgimento di un'attività sportiva pericolosa sia a scopo ricreativo che agonistico, come attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) con o senza guida, attività speleologiche con o senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme, rugby, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate.

Per Normale Attività Lavorativa si intende l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Le condizioni di carenza per la garanzia "Invalidità Totale Permanente" sono le medesime della garanzia "Decesso" sopra riportate.

Art. 32 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente, l'Assicurato e i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali (fotocopia aggiornata) del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).

- in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

- in caso di Beneficiario minorenni o incapace: copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione o per l'identificazione dei Beneficiari ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di incidente stradale, di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari.

Denuncia dello stato di malattia terminale

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Denuncia della presunta invalidità totale e permanente dell'Assicurato

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve avvenire entro sessanta giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'infortunio o la malattia stessa, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano interessare la garanzia prestata.

La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia dell'invalidità totale e permanente, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:

- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'invalidità totale e permanente;
- certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Successivamente all'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, la Compagnia provvederà ad erogare la garanzia stabilita.

Art. 33 – Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".

TABELLA 1

COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA

SOGGETTO AFFETTO DA SINDROME DI DOWN

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta del soggetto disabile.

Età del soggetto disabile (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,02125	0,02110	0,02098	0,02070
2	0,02134	0,02119	0,02107	0,02079
3	0,02153	0,02138	0,02126	0,02098
4	0,02175	0,02160	0,02148	0,02119
5	0,02199	0,02183	0,02171	0,02141
6	0,02218	0,02203	0,02190	0,02161
7	0,02241	0,02225	0,02212	0,02182
8	0,02265	0,02249	0,02236	0,02206
9	0,02291	0,02274	0,02261	0,02231
10	0,02318	0,02301	0,02287	0,02256
11	0,02343	0,02326	0,02313	0,02281
12	0,02371	0,02353	0,02339	0,02307
13	0,02399	0,02381	0,02367	0,02335
14	0,02428	0,02410	0,02396	0,02363
15	0,02458	0,02439	0,02425	0,02391
16	0,02488	0,02469	0,02454	0,02421
17	0,02520	0,02500	0,02485	0,02451
18	0,02552	0,02532	0,02516	0,02482
19	0,02585	0,02565	0,02549	0,02514
20	0,02619	0,02598	0,02582	0,02546
21	0,02661	0,02640	0,02623	0,02587
22	0,02705	0,02683	0,02666	0,02629
23	0,02751	0,02728	0,02710	0,02672
24	0,02798	0,02775	0,02757	0,02718
25	0,02848	0,02824	0,02805	0,02766
26	0,02901	0,02875	0,02856	0,02816
27	0,02955	0,02929	0,02910	0,02869
28	0,03013	0,02985	0,02965	0,02924
29	0,03073	0,03045	0,03024	0,02981
30	0,03136	0,03106	0,03085	0,03041
31	0,03200	0,03169	0,03147	0,03102
32	0,03267	0,03235	0,03213	0,03167
33	0,03337	0,03305	0,03281	0,03234
34	0,03411	0,03377	0,03353	0,03304
35	0,03489	0,03454	0,03428	0,03379
36	0,03572	0,03535	0,03509	0,03457
37	0,03660	0,03621	0,03593	0,03541
38	0,03753	0,03712	0,03684	0,03629
39	0,03852	0,03809	0,03779	0,03723
40	0,03957	0,03912	0,03881	0,03823
41	0,04065	0,04017	0,03985	0,03925
42	0,04179	0,04130	0,04096	0,04034
43	0,04302	0,04249	0,04214	0,04150

44	0,04432	0,04376	0,04339	0,04273
45	0,04570	0,04511	0,04472	0,04404
46	0,04718	0,04656	0,04615	0,04543
47	0,04877	0,04811	0,04767	0,04693
48	0,05047	0,04976	0,04930	0,04852
49	0,05229	0,05153	0,05105	0,05023
50	0,05425	0,05344	0,05292	0,05207
51	0,05622	0,05535	0,05480	0,05391
52	0,05833	0,05739	0,05681	0,05588
53	0,06059	0,05959	0,05897	0,05799
54	0,06304	0,06196	0,06130	0,06027
55	0,06570	0,06453	0,06382	0,06274
56	0,06860	0,06733	0,06656	0,06541
57	0,07177	0,07038	0,06956	0,06834
58	0,07527	0,07375	0,07286	0,07156
59	0,07917	0,07750	0,07652	0,07514
60	0,08351	0,08167	0,08059	0,07911
61	0,08750	0,08548	0,08431	0,08274
62	0,09188	0,08966	0,08839	0,08671
63	0,09671	0,09426	0,09287	0,09107
64	0,10205	0,09933	0,09781	0,09587
65	0,10798	0,10495	0,10327	0,10118
66	0,11460	0,11120	0,10934	0,10707
67	0,12198	0,11816	0,11607	0,11360
68	0,13030	0,12596	0,12361	0,12090
69	0,13971	0,13475	0,13209	0,12911
70	0,15042	0,14470	0,14167	0,13836
71	0,16265	0,15599	0,15252	0,14882
72	0,17675	0,16894	0,16491	0,16074
73	0,19305	0,18379	0,17908	0,17435
74	0,21198	0,20090	0,19534	0,18991
75	0,23424	0,22082	0,21418	0,20791
76	0,26079	0,24430	0,23627	0,22893
77	0,29305	0,27243	0,26257	0,25386
78	0,33327	0,30691	0,29456	0,28404
79	0,38347	0,34906	0,33330	0,32036
80	0,44669	0,40076	0,38028	0,36412

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa del soggetto disabile alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa del soggetto disabile al momento della conversione: 45 anni
- Anno di nascita del soggetto disabile: 2000
- Età rettificata del soggetto disabile al momento della conversione: 41 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: $100.000,00 \text{ Euro} \times 0,04065 = 4.065,00 \text{ Euro}$

TABELLA 2
COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA

SOGGETTO AFFETTO DA AUTISMO

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta del soggetto disabile.

Età del soggetto disabile (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,01896	0,01884	0,01874	0,01850
2	0,01878	0,01867	0,01857	0,01832
3	0,01882	0,01871	0,01861	0,01836
4	0,01891	0,01879	0,01869	0,01845
5	0,01902	0,01890	0,01880	0,01855
6	0,01914	0,01902	0,01892	0,01867
7	0,01928	0,01916	0,01906	0,01881
8	0,01944	0,01931	0,01921	0,01895
9	0,01960	0,01947	0,01937	0,01911
10	0,01977	0,01964	0,01953	0,01927
11	0,01992	0,01979	0,01968	0,01942
12	0,02008	0,01995	0,01984	0,01958
13	0,02025	0,02011	0,02000	0,01974
14	0,02042	0,02028	0,02017	0,01990
15	0,02059	0,02045	0,02034	0,02006
16	0,02077	0,02063	0,02051	0,02024
17	0,02095	0,02081	0,02070	0,02042
18	0,02115	0,02100	0,02088	0,02060
19	0,02134	0,02120	0,02108	0,02079
20	0,02154	0,02139	0,02127	0,02099
21	0,02177	0,02161	0,02149	0,02120
22	0,02200	0,02185	0,02172	0,02143
23	0,02224	0,02209	0,02196	0,02166
24	0,02249	0,02233	0,02220	0,02190
25	0,02275	0,02259	0,02245	0,02215
26	0,02301	0,02284	0,02271	0,02240
27	0,02327	0,02310	0,02297	0,02265
28	0,02354	0,02337	0,02323	0,02292
29	0,02382	0,02364	0,02350	0,02318
30	0,02411	0,02392	0,02378	0,02346
31	0,02440	0,02421	0,02407	0,02374
32	0,02470	0,02451	0,02436	0,02403
33	0,02501	0,02482	0,02466	0,02433
34	0,02532	0,02513	0,02497	0,02463
35	0,02565	0,02544	0,02529	0,02494
36	0,02602	0,02581	0,02565	0,02529
37	0,02640	0,02619	0,02602	0,02566
38	0,02680	0,02658	0,02641	0,02605
39	0,02721	0,02699	0,02682	0,02644
40	0,02764	0,02741	0,02724	0,02686
41	0,02808	0,02784	0,02766	0,02728
42	0,02854	0,02829	0,02811	0,02771
43	0,02901	0,02875	0,02856	0,02816

44	0,02949	0,02923	0,02904	0,02863
45	0,03000	0,02973	0,02953	0,02911
46	0,03053	0,03025	0,03004	0,02962
47	0,03108	0,03079	0,03058	0,03014
48	0,03164	0,03135	0,03113	0,03069
49	0,03223	0,03192	0,03170	0,03125
50	0,03284	0,03252	0,03229	0,03182
51	0,03349	0,03316	0,03293	0,03245
52	0,03418	0,03384	0,03359	0,03311
53	0,03489	0,03454	0,03428	0,03379
54	0,03564	0,03527	0,03500	0,03449
55	0,03641	0,03603	0,03576	0,03523
56	0,03725	0,03685	0,03657	0,03603
57	0,03814	0,03772	0,03743	0,03688
58	0,03907	0,03863	0,03833	0,03776
59	0,04006	0,03960	0,03928	0,03870
60	0,04109	0,04061	0,04028	0,03968
61	0,04222	0,04171	0,04137	0,04074
62	0,04340	0,04287	0,04251	0,04186
63	0,04466	0,04410	0,04373	0,04306
64	0,04600	0,04541	0,04501	0,04432
65	0,04742	0,04679	0,04638	0,04566
66	0,04899	0,04832	0,04789	0,04714
67	0,05067	0,04996	0,04950	0,04871
68	0,05247	0,05171	0,05122	0,05040
69	0,05440	0,05358	0,05306	0,05221
70	0,05646	0,05559	0,05503	0,05414
71	0,05876	0,05781	0,05722	0,05628
72	0,06124	0,06022	0,05958	0,05859
73	0,06392	0,06281	0,06213	0,06108
74	0,06682	0,06561	0,06488	0,06377
75	0,06996	0,06864	0,06785	0,06667
76	0,07354	0,07209	0,07123	0,06997
77	0,07747	0,07587	0,07492	0,07358
78	0,08179	0,08001	0,07898	0,07754
79	0,08653	0,08455	0,08341	0,08186
80	0,09172	0,08950	0,08824	0,08656

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa del soggetto disabile alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa del soggetto disabile al momento della conversione: 28 anni
- Anno di nascita del soggetto disabile: 1988
- Età rettificata del soggetto disabile al momento della conversione: 25 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: $100.000,00 \text{ Euro} \times 0,02275 = 2.275,00 \text{ Euro}$

**TABELLA 3
COEFFICIENTI PER LA CONVERSIONE IN RENDITA VITALIZIA**

**SOGGETTO AFFETTO DA ALTRE FORME DI DISABILITA' (DIVERSE DA SINDROME DI DOWN E AUTISMO)
COME DEFINITE ALL'ART. 3 COMMA 1 DELLA LEGGE 104/92**

La rendita annua lorda si ottiene moltiplicando il capitale da convertire, al netto degli oneri fiscali, per il coefficiente calcolato in funzione dell'età corretta del soggetto disabile.

Età del soggetto disabile (*)	Rateazione annuale	Rateazione semestrale	Rateazione trimestrale	Rateazione mensile
1	0,01699	0,01690	0,01681	0,01659
2	0,01708	0,01698	0,01690	0,01667
3	0,01719	0,01709	0,01700	0,01678
4	0,01731	0,01721	0,01712	0,01690
5	0,01744	0,01733	0,01724	0,01702
6	0,01756	0,01746	0,01737	0,01714
7	0,01770	0,01759	0,01750	0,01727
8	0,01783	0,01773	0,01764	0,01740
9	0,01798	0,01787	0,01778	0,01754
10	0,01812	0,01801	0,01792	0,01768
11	0,01827	0,01816	0,01806	0,01783
12	0,01842	0,01831	0,01821	0,01797
13	0,01858	0,01847	0,01837	0,01813
14	0,01874	0,01863	0,01853	0,01828
15	0,01891	0,01879	0,01869	0,01844
16	0,01908	0,01896	0,01886	0,01861
17	0,01925	0,01913	0,01903	0,01878
18	0,01943	0,01931	0,01921	0,01895
19	0,01962	0,01949	0,01939	0,01913
20	0,01981	0,01968	0,01958	0,01932
21	0,02001	0,01988	0,01977	0,01951
22	0,02021	0,02008	0,01997	0,01970
23	0,02042	0,02028	0,02017	0,01990
24	0,02063	0,02050	0,02038	0,02011
25	0,02086	0,02072	0,02060	0,02033
26	0,02109	0,02094	0,02083	0,02055
27	0,02132	0,02118	0,02106	0,02078
28	0,02157	0,02142	0,02130	0,02101
29	0,02182	0,02167	0,02154	0,02125
30	0,02208	0,02192	0,02180	0,02151
31	0,02235	0,02219	0,02206	0,02176
32	0,02263	0,02246	0,02233	0,02203
33	0,02291	0,02275	0,02261	0,02231
34	0,02321	0,02304	0,02290	0,02259
35	0,02352	0,02334	0,02320	0,02289
36	0,02383	0,02366	0,02352	0,02320
37	0,02417	0,02398	0,02384	0,02351
38	0,02451	0,02432	0,02418	0,02385
39	0,02487	0,02467	0,02452	0,02419
40	0,02524	0,02504	0,02489	0,02454
41	0,02562	0,02542	0,02526	0,02492
42	0,02602	0,02581	0,02565	0,02530

43	0,02644	0,02623	0,02606	0,02570
44	0,02687	0,02665	0,02649	0,02612
45	0,02733	0,02710	0,02693	0,02655
46	0,02780	0,02756	0,02739	0,02700
47	0,02829	0,02805	0,02787	0,02748
48	0,02880	0,02855	0,02837	0,02797
49	0,02934	0,02908	0,02889	0,02848
50	0,02990	0,02963	0,02943	0,02902
51	0,03049	0,03021	0,03000	0,02958
52	0,03110	0,03081	0,03060	0,03017
53	0,03174	0,03144	0,03123	0,03078
54	0,03242	0,03211	0,03188	0,03143
55	0,03313	0,03280	0,03257	0,03210
56	0,03388	0,03354	0,03330	0,03282
57	0,03466	0,03431	0,03406	0,03357
58	0,03549	0,03513	0,03487	0,03436
59	0,03637	0,03599	0,03572	0,03520
60	0,03731	0,03690	0,03662	0,03608
61	0,03829	0,03787	0,03758	0,03702
62	0,03934	0,03890	0,03859	0,03802
63	0,04046	0,03999	0,03967	0,03908
64	0,04165	0,04115	0,04082	0,04020
65	0,04292	0,04239	0,04204	0,04140
66	0,04427	0,04372	0,04335	0,04269
67	0,04572	0,04514	0,04475	0,04406
68	0,04728	0,04666	0,04624	0,04553
69	0,04896	0,04829	0,04785	0,04711
70	0,05077	0,05005	0,04959	0,04880
71	0,05272	0,05195	0,05145	0,05063
72	0,05483	0,05400	0,05347	0,05261
73	0,05711	0,05622	0,05565	0,05475
74	0,05960	0,05862	0,05802	0,05706
75	0,06230	0,06124	0,06059	0,05958
76	0,06525	0,06410	0,06340	0,06232
77	0,06849	0,06722	0,06646	0,06531
78	0,07204	0,07065	0,06981	0,06859
79	0,07594	0,07440	0,07349	0,07218
80	0,08022	0,07851	0,07751	0,07611

(*) L'età corretta si ottiene invecchiando/ringiovanendo l'età assicurativa del soggetto disabile alla data della conversione in base all'anno di nascita secondo quanto indicato all'Art. 15.1 Tabella G.

Esempio:

- Capitale da convertire: 100.000,00 Euro
- Età assicurativa del soggetto disabile al momento della conversione: 37 anni
- Anno di nascita del soggetto disabile: 1979
- Età rettificata del soggetto disabile al momento della conversione: 35 anni
- Rateazione prescelta della rendita: annuale
- Rendita annua vitalizia iniziale: 100.000,00 Euro x 0,02352 = 2.352,00 Euro

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA “RI.SPE.VI.”

1 – Viene attuata una forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società Cattolica di Assicurazione, che viene contraddistinta con il nome “Rivalutazione Speciale Vita” ed indicata di seguito con la sigla “RI.SPE.VI.”. La gestione “RI.SPE.VI.” è attuata in modo conforme alla normativa vigente ed in particolare secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 38 del 3 giugno 2011.

2 – La valuta di denominazione della gestione “RI.SPE.VI.” è in Euro.

3 – Il rendimento annuo della gestione “RI.SPE.VI.” viene calcolato al termine di ciascun mese dell’esercizio relativo alla certificazione, con riferimento ai dodici mesi di calendario trascorsi.

4 – Obiettivi e politiche di investimento:

- a) Principali tipologie di strumenti finanziari e valuta di denominazione: si indicano di seguito gli strumenti finanziari ammessi e i relativi limiti e condizioni di investimento, fatti salvi i limiti previsti dalle norme pro tempore in vigore, che comprendono:
- titoli di stato, obbligazioni a tasso fisso o variabile e depositi bancari: i titoli di stato, le obbligazioni (incluse cartolarizzazioni), i depositi bancari e gli altri titoli di debito negoziabili sul mercato dei capitali, sono ammessi fino al 100% del portafoglio;
 - azioni: le azioni, i warrant, le obbligazioni convertibili e gli altri strumenti rappresentativi di capitale di rischio negoziati sul mercato dei capitali, sono permessi fino al limite del 20% del portafoglio;
 - organismi di investimento collettivi (OICR): gli investimenti in organismi di investimento collettivi del risparmio (fondi comuni e SICAV, inclusi fondi chiusi di private equity e hedge fund):
 - fondi azionari: a valere sullo stesso limite fissato per le azioni (complessivamente azioni, OICR azionari, hedge fund e fondi di private equity non possono superare la soglia del 20% del portafoglio);
 - fondi obbligazionari e monetari (considerati congiuntamente): il limite è pari al 40% del valore investibile nel comparto obbligazionario;
 - fondi bilanciati: per convenzione si ritiene che gli investimenti sottostanti siano equamente divisi tra la componente azionaria e quella obbligazionaria; si fa pertanto riferimento ai limiti fissati per le classi di investimento identificate;
 - hedge fund e fondi di private equity: a valere sullo stesso limite fissato per le azioni (complessivamente azioni, OICR azionari, hedge fund e fondi di private equity non possono superare la soglia del 20% del portafoglio);
 - immobili e fondi immobiliari: sono ammessi nel limite massimo del 25%.

La scelta delle categorie di investimento dovrà inoltre tenere in considerazione le seguenti limitazioni:

- aree geografiche: gli investimenti sono appartenenti alle categorie di investimento emesse da soggetti appartenenti all'area euro. Gli investimenti in categorie di investimento emesse da soggetti non appartenenti all'area euro sono limitati a una quota massima del 40% di ciascun portafoglio come sopra identificato;
- valuta: gli investimenti saranno principalmente denominati in euro; è consentito l'investimento in valute diverse dall'euro e privo di copertura del rischio di cambio.

Politiche di investimento: la politica di gestione adottata mira alla redditività e rivalutabilità nel medio e lungo termine del patrimonio in gestione, ottenuto attraverso una ripartizione degli attivi che tenda a minimizzare la volatilità mediante una diversificazione degli investimenti.

Gli attivi sono allocati e gestiti in modo coerente con le finalità della gestione e con un adeguato livello di diversificazione, sempre nel rispetto della durata degli impegni delle passività e tenendo conto delle garanzie di rendimento minimo previste dal contratto.

Le scelte di investimento nel comparto degli investimenti a reddito fisso vengono effettuate sulla base delle previsioni circa l'evoluzione dei tassi di interesse considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti.

La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento sul mercato).

- b) La gestione separata non investe in attività finanziarie riconducibili al medesimo gruppo di appartenenza della Compagnia.

c) Nell'ambito dell'attività di investimento possono venire utilizzati strumenti finanziari derivati o prodotti strutturati al fine di:

- salvaguardare il valore delle attività finanziarie, riducendo o eliminando i rischi finanziari;
- ottimizzare i flussi reddituali derivanti dall'investimento nelle attività finanziarie.

L'eventuale impiego di strumenti finanziari derivati avviene nel rispetto delle condizioni per l'utilizzo previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.

5 – La gestione “RI.SPE.VI.” è dedicata a contratti a prestazioni rivalutabili. La gestione “RI.SPE.VI.” non è dedicata ad un particolare segmento di clientela.

6 – Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione “RI.SPE.VI.”.

7 – Esiste la possibilità di effettuare modifiche al presente regolamento, derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente. Modifiche al regolamento potranno essere effettuate anche a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per l'assicurato.

8 – Sulla gestione “RI.SPE.VI.” possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla Società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

9 – Il rendimento della gestione “RI.SPE.VI.” beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

10 – Il tasso medio di rendimento annuo della gestione “RI.SPE.VI.” si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione “RI.SPE.VI.”, di competenza del periodo indicato al punto 3, al valore medio della gestione “RI.SPE.VI.” nello stesso periodo.

Nel risultato finanziario della gestione “RI.SPE.VI.”, al lordo delle ritenute di acconto fiscale, sono compresi i proventi finanziari di competenza dell'esercizio – comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza – gli utili e le perdite da realizzo per la quota di competenza della gestione “RI.SPE.VI.”, comprensivi degli utili e dei proventi di cui al precedente punto 9.

Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione.

Gli utili e le perdite da realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella gestione “RI.SPE.VI.” e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella gestione “RI.SPE.VI.” per i beni già di proprietà della Compagnia.

Per valore medio della gestione “RI.SPE.VI.” si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli istituti di credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività della gestione “RI.SPE.VI.”.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella gestione “RI.SPE.VI.” ai fini della determinazione del rendimento annuo della gestione “RI.SPE.VI.”.

L'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno successivo.

Le regole che sovrintendono al calcolo del rendimento annuo della gestione “RI.SPE.VI.” sono determinate sulla base della normativa fiscale attualmente vigente.

11 – È ammessa la possibilità di fusione della gestione “RI.SPE.VI.” con altre gestioni separate della Compagnia ove ricorrano tutte le seguenti condizioni:

- a) rispetto delle disposizioni previste dall'art. 5, comma 6 del Regolamento Isvap n. 38, dal Provvedimento Isvap n. 2472 del 10 novembre 2006 e dal D.lgs. n. 252 del 5 dicembre 2005 e successive eventuali modifiche;
- b) l'operazione persegua l'interesse dei Contraenti coinvolti nella fusione;
- c) le caratteristiche delle gestioni separate oggetto di fusione siano simili;
- d) le politiche di investimento delle gestioni separate oggetto di fusione siano omogenee;
- e) il passaggio tra la precedente gestione e la nuova gestione avvenga senza oneri o spese per i Contraenti;
- f) l'operazione di fusione non comporti modifiche del regolamento della gestione “RI.SPE.VI.” in senso meno favorevole ai Contraenti;
- g) non si verifichino soluzioni di continuità nella gestione delle gestioni separate.

In tal caso, la Compagnia informerà, in via preventiva e per iscritto, i Contraenti della gestione "RI.SPE.VI." circa tutti gli aspetti connessi con l'operazione di fusione che rilevino per gli stessi, in particolare precisando:

- i) le motivazioni dell'operazione di fusione;
- ii) gli effetti che la stessa determina sulle politiche di investimento delle gestioni separate interessate alla fusione e sul regime delle commissioni;
- iii) le modalità ed i tempi esatti di regolazione della fusione;
- iv) la composizione sintetica delle gestioni separate interessate alla fusione.

La Compagnia provvederà, altresì, ad inviare ai Contraenti il nuovo regolamento della gestione patrimoniale cui è collegato il presente contratto derivante dall'operazione di fusione, che costituirà parte integrante del contratto medesimo.

Il Contraente che non intenda accettare le suddette modifiche potrà esercitare il diritto di riscatto o di trasferimento del contratto, senza l'applicazione di alcun onere o penalizzazione, comunicando per iscritto – entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte della Compagnia delle modifiche che intende apportare – la propria decisione tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Compagnia.

La comunicazione di riscatto o di trasferimento pervenuta alla Compagnia successivamente alla scadenza del suddetto termine, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

Qualora il Contraente non eserciti il diritto di riscatto o di trasferimento, il contratto resta in vigore alle nuove condizioni.

12 – La gestione "RI.SPE.VI." è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all'albo di cui al D.lgs. n. 39 del 27 gennaio 2010, la quale attesta la rispondenza della gestione "RI.SPE.VI." al presente regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla gestione "RI.SPE.VI.", il rendimento annuo della stessa quale descritto al punto 10 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia sulla base delle riserve matematiche.

13 – Il presente regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

GLOSSARIO

Adeguate verifica	<p>L'Adeguate Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</p> <p>Tale attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <p>a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo; <p>b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;</p> <p>c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;</p> <p>d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.</p>
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento Assicurato.
Capitale in caso di decesso	In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento Assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.
Cessione, pegno, 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".
Composizione della Gestione separata	Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

Consolidamento	Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurative, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.
Contraente	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Costi (o spese)	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Durata del pagamento dei premi	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto nel contratto stesso.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Estratto conto annuale	Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti. Per i contratti con forme di partecipazione agli utili diverse, il riepilogo comprende gli utili attribuiti alla polizza.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Scheda sintetica; Nota Informativa; Condizioni di Assicurazione, comprensive del regolamento della gestione separata; Glossario; Modulo di proposta.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune

specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

Gestione separata (o speciale)	Fondo appositamente creato dalla Società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurative.
Impignorabilità e inalienabilità	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Ipotesi di rendimento	Rendimento finanziario ipotetico fissato dall'IVASS per l'elaborazione dei progetti personalizzati da parte della Compagnia.
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Opzione	Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, l'opportunità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita.
Perfezionamento del contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Periodo di osservazione	Periodo di riferimento in base al quale viene determinato il rendimento finanziario della gestione separata, ad esempio dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso)	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. E' a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'Assicurato.

Polizza con partecipazione agli utili	Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione caratterizzato da vari meccanismi di accrescimento delle prestazioni quali ad esempio la partecipazione al rendimento di una gestione interna separata o agli utili di un conto di gestione.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia 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.
Polizza rivalutabile	Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui il livello delle prestazioni ed eventualmente quello dei premi varia in base al rendimento che la Società ottiene investendo i premi raccolti in una particolare gestione finanziaria, separata rispetto al complesso delle attività della Società stessa.
Premio aggiuntivo	Importo che il Contraente ha facoltà di versare per integrare il piano dei versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.
Premio di riferimento	Importo del premio che viene preso a riferimento per calcolare determinate prestazioni o altri valori rilevanti per le condizioni contrattuali.
Premio unico	Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto.
Premio unico ricorrente	Importo corrisposto dal Contraente alla Compagnia ai fini della conclusione contratto e che ha la facoltà di versare successivamente ad ogni ricorrenza. Ciascun premio concorre a definire, indipendentemente dagli altri, una quota di prestazione assicurata.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento Assicurato.
Prestazione minima garantita	Valore minimo della prestazione assicurativa sotto il quale la stessa non può scendere.
Principio di adeguatezza	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
Progetto personalizzato	Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'IVASS, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'IVASS e consegnato al potenziale Contraente.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Prospetto annuale della composizione della gestione separata	Riepilogo aggiornato annualmente dei dati sulla composizione degli strumenti finanziari e degli attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Regolamento della gestione separata	L'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la gestione separata.
Rendiconto annuale della gestione separata	Riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata e all'aliquota di retrocessione di tale rendimento attribuita dalla Società al contratto.
Rendimento finanziario	Risultato finanziario della gestione separata nel periodo previsto dal regolamento della gestione stessa.
Rendimento minimo trattenuto	Rendimento finanziario fisso che la Società può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.
Revoca	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Riscatto	Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto chiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.
Riscatto parziale	Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.
Riserva matematica	Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Rivalutazione	Maggiorazione delle prestazioni assicurative attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.
Rivalutazione minima garantita	Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurative ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.
Scheda sintetica	Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al potenziale Contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al Contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurative, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle gestioni separate o dei fondi a cui sono collegate le prestazioni.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Società di revisione	Società diversa dalla Società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali Società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Tasso minimo garantito	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurative. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurative iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.
Trasformazione	Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati, in un apposito documento, gli elementi essenziali del contratto trasformato.

CATTOLICA&PROTEZIONE DOPO DI NOI

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente e dall'Assicurato nella presente proposta, corrisponde le prestazioni specificate nel Fascicolo Informativo.

Agenzia

Codice Produttore

Codice Prodotto

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n.

Numero proposta

Questionario per l'adeguata verifica della clientela n.

CONTRAENTE			
Cognome e nome	Codice fiscale		
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Professione - sottogruppo		Ramo attività	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.	
Comune	CAB Comune	Cod. paese	
Recapito			
Indirizzo e-mail	Numero cell.		
ASSICURATO (PARENTE O TUTORE/CURATORE DEL SOGGETTO DISABILE)			
Cognome e nome	Codice fiscale		
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Professione	Sottogruppo	Ramo attività	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.	
Comune	CAB Comune	Cod. paese	
Recapito			
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ CONTRAENTE O DELEGATO			
Cognome e nome	Codice fiscale		
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.	
Comune	CAB Comune	Cod. paese	
SOGGETTO DISABILE			
Cognome e nome	Codice fiscale		
	Data di nascita	Sesso	
Comune di nascita	Provincia	Cod. paese	
Tipo disabilità			
BENEFICIARI			
IN CASO DI MORTE:			
DATI TECNICI DI POLIZZA			
Data di decorrenza	Durata pagamento premi	ANNI pari a giorni	Data termine pagamento premi
Tipo Premio UNICO RICORRENTE		Versamento annuo	EURO
Periodicità di versamento		Versamento periodico	EURO
Capitale iniziale prima rata		EURO	
Versamento aggiuntivo iniziale		EURO	
Tipologia di prestazione erogata al Beneficiario	<input type="checkbox"/> RENDITA VITALIZIA	<input type="checkbox"/> CAPITALE UNICA SOLUZIONE	
Garanzia complementare facoltativa	<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> TCM	<input type="checkbox"/> TCM+ITP
Costi			
COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO DEI RIMBORSI			
IBAN: Codice paese:	Codice di controllo:	CIN:	ABI: CAB:
Codice conto corrente:			
DATI IDENTIFICATIVI			
Documento di riconoscimento		Tipo documento	
Ente emittente e luogo		Data emissione	
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.			

Luogo e data:

L'Agente
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLA SCHEDA SINTETICA, DELLA NOTA INFORMATIVA, DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, DEL GLOSSARIO E DEL PROGETTO ESEMPLIFICATIVO PERSONALIZZATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA.

Il Contraente
(firma leggibile)

Il Contraente autorizza la Compagnia ad utilizzare, per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto, modalità di comunicazione a distanza quali internet e la posta elettronica, così come previsto dalla normativa vigente.

Il Contraente
(firma leggibile)

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Agenzia presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopra indicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

L'Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accettano integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconoscono la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data:

Firma dell'Assicurato (o chi ne esercita la potestà)
(firma leggibile)

L'Agente
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Riservato all'Agenzia	Il premio è stato registrato a cassa il		
	Foglio cassa n.	Riga	Data inoltro
Il pagamento della prima rata di premio è stato effettuato tramite:			
<input type="radio"/> Bonifico bancario, bonifico postale, postagiuro, bollettino postale (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia indicato dall'Agenzia medesima o sul conto intestato a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa			
<input type="radio"/> Assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato al "Nome Cognome (Ragione sociale) Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione"			
Assegno n.	ABI:	CAB:	
Importo del primo versamento	EURO comprensivo del premio per l'eventuale garanzia complementare facoltativa		
Nome e Cognome dell'Agente (in stampatello) _____			
I versamenti successivi potranno essere effettuati anche tramite SDD (Sepa Direct Debit) – compilare e allegare			
Luogo e data	L'Agente (timbro e firma leggibili)		Il Contraente (firma leggibile)

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO SULLO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione della dichiarazione sullo stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica che certifichi l'effettivo stato di salute (ogni eventuale onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato).

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- (*) di godere attualmente di un buono stato di salute;
- (*) di non essere mai stato ricoverato negli ultimi cinque anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale;
- (*) di non aver consultato medici specialisti negli ultimi sei mesi al di fuori di semplici controlli di routine;
- (*) di non essere esposto a rischi particolari a causa della professione svolta;
- (*) di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Nel caso in cui l'Assicurato non sottoscriva la dichiarazione sullo stato di salute, il capitale in caso di morte dell'Assicurato sarà determinato come previsto all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, considerando la percentuale e il capitale massimo addizionale relativi all'ultima fascia d'età previsti dalla Tabella F, indipendentemente dall'età dell'Assicurato. In ogni caso, la mancata sottoscrizione non pregiudica la conclusione del contratto.

Firma dell'Assicurato (o chi ne esercita la potestà)
(firma leggibile)

Luogo e data _____

GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

DATI TECNICI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

Data di decorrenza	Data di scadenza	Durata del contratto	ANNI pari a giorni
Garanzia complementare facoltativa	<input type="checkbox"/> TCM	<input type="checkbox"/> TCM + ITP	
Capitale assicurato	EURO	Tipo di premio	ANNUO COSTANTE
Premio annuo	EURO		
Rateazione	Premio di rata	EURO	

Luogo e data:

L'Agente
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(firma leggibile)

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

STATO DI FUMATORE E NON FUMATORE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurato dichiara che:

NON è fumatore **E' fumatore**

In caso di dichiarazione di **NON fumatore**, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano altresì che:

- ✓ l'Assicurato non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta e della presente dichiarazione;
- ✓ qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Luogo e data _____

L'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente
(firma leggibile)

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico di famiglia o non di famiglia, a seconda del capitale assicurato. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

QUESTIONARIO SANITARIO

Se l'Assicurato si trova nella situazione di rispondere SI ad una delle prime sei domande sul proprio stato di salute, il rischio non potrà essere assunto senza il supporto di documentazione sanitaria integrativa. La Compagnia si riserva di valutare se assumere il rischio dopo che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica o abbia prodotto la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia.

Da sottoscrivere sempre, segnando con una X la risposta (altrimenti il contratto non potrà essere emesso).

In caso di risposta affermativa inserire il valore (punto 1) o fornire breve descrizione (punti da 2 a 7)

1. La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 175 – 70 = 105) o superiore a 120?	SI	NO	Altezza ____ cm Peso ____ kg
2. Ha mai sofferto (e se si quando) o attualmente soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, mentali o nervose, malattie dell'apparato urogenitale, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, tumori, diabete o epatite?	SI	NO	
3. Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa?	SI	NO	
4. Negli ultimi 5 anni ha subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura, salvo il caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, operazione di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni?	SI	NO	
5. Nella Sua parentela consanguinea di primo grado ci sono stati almeno due casi di tumori con la stessa diagnosi prima dell'età di 50 anni?	SI	NO	
6. Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, invalidità, malattie gravi) oppure una accettazione a condizioni speciali o con sovrappremio?	SI	NO	
7. Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (ad es.: subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc...)? Se sì, quali?	SI	NO	

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia **dichiaro**, assumendomi ogni responsabilità, **consapevole** che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il mio stato di salute. **Prosciolgo** dal segreto professionale e legale medici ed enti che mi hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

Ha in vigore con Cattolica Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte? SI NO

Se Sì, indicare:

Numero di polizza _____ Capitale assicurato _____

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato
(o chi ne esercita la potestà)
(firma leggibile)

CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Qualora il contratto venga concluso senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di imposte relative alle garanzie complementari infortuni, se sottoscritte.

La Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptosirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto in merito dalle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora si tratti di assicurazione diversa da quelle temporanee in caso di morte e risulti in regola con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di imposte relative alle garanzie complementari infortuni, se sottoscritte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte.

Senza rapporto di visita medica ed alle condizioni di carenza sopra indicate, la Compagnia non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti, una somma superiore a 250.000,00 Euro se l'età dell'Assicurato non supera i 60 anni, o nel caso l'età sia superiore ai 60 anni una somma di 200.000,00 Euro. Rimane pertanto ben inteso che alla stipulazione di ciascuno di tali contratti, il capitale complessivo assicurato non può superare i limiti sopra indicati. Comunque, la Compagnia garantisce fino alle somme sopra indicate e per l'eventuale eccedenza rimborserà la parte dei premi incassati in eccesso, senza aggiunta di interessi.

NORME SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

Per stabilire quali sono gli accertamenti sanitari ai quali deve essere sottoposto l'Assicurato, è necessario computare anche i capitali assicurati precedentemente con altre polizze in vigore con Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa.

Età dell'Assicurato	Capitale da assicurare (Euro)	Carenza	Accertamenti Sanitari
Fino a 60 anni (*)	Fino a 250.000,00	Sì	A (Questionario Sanitario)
	Da 250.000,01 a 600.000,00	No	B
	Da 600.000,01 a 1.500.000,00		C + eventuale Documentazione Finanziaria (**)
Da 61 anni a 65 anni (*)	Fino a 200.000,00	Sì	A (Questionario Sanitario)
	Da 200.000,01 a 250.000,00	No	B
	Da 250.000,01 a 1.500.000,00		C + eventuale Documentazione Finanziaria (**)

(*) Per gli Assicurati di sesso maschile, di età superiore a 50 anni, per i quali, in considerazione del capitale assicurato, sono previsti gli accertamenti sanitari della lettera B, è richiesto anche PSA totale e PSA free.

(**) Documentazione Finanziaria:

- **Per capitali tra €1.000.000,01 e €1.500.000,00** si richiede in ogni caso la compilazione del Questionario Fin 1 e copia delle dichiarazioni dei redditi personali degli ultimi tre anni (Protezione famiglia); in aggiunta Fin 2 e copia dei bilanci della società contraente degli ultimi 3 anni (in caso di polizza "Keyman") o Fin 3 (in caso di copertura mutuo/prestiti)
- **Per capitali superiori a €1.500.000,00** si richiede quanto segue:
 In caso di coperture mutui/prestiti, oltre alla compilazione del Fin 1 e copia delle dichiarazioni dei redditi personali degli ultimi tre anni, anche il Questionario Fin 3 compilato dalla banca erogatrice e copia del contratto di mutuo

ACCERTAMENTI SANITARI

Scaglione di riferimento	Accertamenti sanitari richiesti
A	- Questionario sanitario standard
B	Come per A più: - Rapporto di visita medica da parte del medico (****) (mod. 602 predisposto dalla Compagnia) - Esame delle urine effettuato in laboratorio - Colesterolemia totale, HDL, Trigliceridemia, Glicemia - PSA totale e PSA free (solo per assicurati di sesso maschile di età superiore a 50 anni) - Test HIV (***) se il capitale assicurato supera i 250.000,00 Euro
C	Come per B più: - Elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro con valori di pressione arteriosa per ogni carico di lavoro secondo protocolli standard - Azotemia, Creatininemia, AST, ALT, Gamma G.T, Bilirubina totale e frazionata, elettroforesi proteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, VES, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, anti HCV

(***) nel caso in cui l'Assicurato rifiuti di sottoporsi al test HIV, come è suo diritto, viene applicato alla polizza, solo per le patologie collegate all'AIDS, un periodo di carenza di 5 anni.

(****) qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica potrà essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo assicurato superiore a 500.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà essere compilato esclusivamente dal medico non di famiglia.

NOTE GENERALI SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

1. I rapporti di visita medica debbono essere interamente e completamente compilati dal medico esaminatore sul mod. 602.
2. Per una migliore valutazione di qualsiasi rischio la Compagnia si riserva di richiedere, per qualsiasi scaglione di capitale, gli accertamenti sanitari che riterrà necessari.