

Oggi per Domani

**Assicurazione di rendita vitalizia differita con controassicurazione, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita
(Tariffa CaRR/2017– AC3)**

Set Informativo composto da:

- KID (documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d'investimento assicurativi)
- DIP aggiuntivo IBIP (documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi)
- Condizioni di assicurazione comprensive del glossario
- Fac simile del modulo di proposta

Scopo

Il presente documento contiene le informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

Prodotto

Oggi per Domani Ed. 12/2019

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group (la "Compagnia")

www.wieneritalia.com

Per ulteriori informazioni chiamare il numero: 800 927 412 (numero verde)

Autorità competente: Ente di vigilanza del mercato finanziario (FMA, Finanzmarktaufsicht, organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria)

Data di realizzazione del documento contenente le informazioni chiave: Febbraio 2019

Cos'è questo prodotto?**Tipo**

Oggi per Domani Ed. 12/2019 (il "Prodotto") è un'assicurazione di rendita vitalizia differita con controassicurazione, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita.

Obiettivi

L'obiettivo del Prodotto è quello di integrare la prestazione pensionistica pubblica con la costituzione di una rendita vitalizia rivalutabile (rendita avente funzione previdenziale), o come opzione un capitale, tramite un piano di investimento a lungo termine (almeno 10 anni, differimento) e prestazioni garantite, in combinazione con una copertura assicurativa in caso di morte sotto forma di restituzione dei premi versati oltre le quote di utile accumulate. L'investimento è operato dalla Compagnia nell'ambito del "fondo di copertura classico" (un fondo speciale gestito dalla Compagnia separatamente dalle altre attività dell'impresa, costituito essenzialmente da obbligazioni, immobili, azioni, prestiti), in maniera unitaria per tutti i contratti di assicurazione. Oltre alle prestazioni garantite, l'investitore partecipa ai guadagni sotto forma di una partecipazione agli utili stabilita annualmente. Il rendimento dipende dall'andamento a lungo termine dei mercati dei capitali. Al fine di garantire le prestazioni assicurate, si attribuisce grande importanza non soltanto alla possibilità del rendimento, ma anche alla sicurezza degli investimenti di capitale.

Investitori al dettaglio a cui si intende commercializzare il prodotto

Il Prodotto è adatto ad investitori al dettaglio interessati alla costituzione di una prestazione pensionistica integrativa (rendita) garantita con accumulo di capitale a lungo termine tramite un investimento a basso rischio collegato ad una prestazione in caso di morte. Non sono richieste conoscenze ed esperienze specifiche in materia di investimenti, poiché l'investimento è operato collettivamente da parte della Compagnia.

Prestazioni assicurative e costi

Il Prodotto offre prestazioni minime garantite alla decorrenza dell'erogazione della rendita (termine del differimento), in fase di erogazione della rendita e in caso di riscatto, che possono aumentare grazie alla partecipazione agli utili. L'importo minimo del premio annuo è pari a 300 EUR.

Tutti gli importi di seguito riportati si riferiscono, a titolo esemplificativo, ad una persona assicurata di 40 anni con una durata del differimento di 25 anni e premi annui (investimento) di 1.000 EUR ciascuno, per un totale premi versati pari a 25.000 EUR. Il valore delle prestazioni è rappresentato nella sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?". Il premio di rischio necessario per la copertura in caso di morte (= "premio assicurativo" nella sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?") non varia in base al sesso e dipende dall'età della persona assicurata. Il premio di rischio ammonta complessivamente a 64 EUR, corrispondente mediamente a 3 EUR annui e allo 0,26% dell'investimento. La diminuzione del rendimento al termine del differimento che ne consegue ammonta allo 0,03% annuo. La diminuzione del rendimento causata dai premi relativi alla copertura assicurativa caso morte è già stata considerata nelle cifre relative ai rendimenti indicate di seguito. L'investimento annuo, al netto del premio assicurativo medio per la copertura in caso di morte, ammonta a 997 EUR.

La durata del differimento è pattuita in sede di stipula. Nel corso del differimento, il contratto termina in caso di morte e in caso di riscatto; durante la fase di erogazione della rendita il contratto termina in caso di morte dell'assicurato. WIENER STÄDTISCHE non ha la facoltà di estinguere unilateralmente il contratto anzitempo.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Indicatore di rischio



Rischio più basso

Rischio più alto

	<p>L'indicatore di rischio presuppone che il Prodotto sia mantenuto fino alla decorrenza dell'erogazione della rendita (nell'esempio per 25 anni, periodo di detenzione raccomandato). Il rischio effettivo può variare in misura significativa in caso di disinvestimento anticipato prima dell'inizio dell'erogazione della rendita (riscatto), specie in una fase iniziale, e la somma rimborsata potrebbe essere minore dei premi versati. In caso di disinvestimento anticipato potrebbe essere necessario sostenere costi supplementari notevoli. Una volta iniziata l'erogazione della rendita non è più possibile richiedere il riscatto.</p>
---	---

L'indicatore sintetico di rischio è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità di pagarvi quanto dovuto.

Abbiamo classificato questo prodotto al livello 2 su 7, che corrisponde alla classe di rischio "bassa". Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello basso e che è molto improbabile che le cattive condizioni di mercato influenzino la nostra capacità di pagarvi quanto dovuto. Avete il diritto di ricevere le prestazioni minime garantite alla decorrenza dell'erogazione della rendita, in caso di rimborso del capitale o di riscatto. Gli importi ulteriori e i rendimenti aggiuntivi dipendono dall'andamento futuro del mercato e sono, pertanto, incerti.

Preghiamo di voler prendere nota degli avvertimenti relativi alla risoluzione anticipata del contratto nella sezione "Per quanto tempo devo detenerlo? Posso prelevare il capitale prematuramente?".

Scenari di performance	Investimento € 1.000 l'anno di cui Premio assicurativo per la copertura in caso di morte € 3 all'anno		
	1 anno	13 anni	25 anni (Periodo di detenzione raccomandato)
Scenari di sopravvivenza			
Scenario di stress			
Possibile rimborso al netto dei costi	0 €	10.076 €	22.508 €
Rendimento medio per ciascun anno	-100,00%	-3,71%	-0,82%
Scenario sfavorevole			
Possibile rimborso al netto dei costi	0 €	11.075 €	29.328 €
Rendimento medio per ciascun anno	-100,00%	-2,32%	1,21%
Scenario moderato			
Possibile rimborso al netto dei costi	0 €	11.579 €	32.786 €
Rendimento medio per ciascun anno	-100,00%	-1,67%	2,03%
Scenario favorevole			
Possibile rimborso al netto dei costi	0 €	12.143 €	36.938 €
Rendimento medio per ciascun anno	-100,00%	-0,98%	2,88%
Importo investito cumulato	1.000 €	13.000 €	25.000 €
Scenario di morte	1 anno	13 anni	25 anni
Decesso dell'assicurato (Scenario medio)			
Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	1.000 €	14.582 €	33.870 €
Premio assicurativo cumulato	3 €	33 €	64 €

Questa tabella mostra gli importi dei possibili rimborsi nei prossimi 25 anni, in scenari diversi, ipotizzando un investimento di € 1.000 l'anno. Gli scenari presentati mostrano la possibile performance dell'investimento e possono essere confrontati con gli scenari di altri prodotti.

Gli scenari presentati sono una stima della performance futura sulla base di prove relative alle variazioni passate del valore di questo investimento e non sono un indicatore esatto. Gli importi dei rimborsi varieranno a seconda della performance del mercato e del periodo di tempo per cui è mantenuto il Prodotto.

Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme e non tiene conto della situazione in cui noi non saremo in grado di pagarvi.

Le cifre riportate comprendono tutti i costi del Prodotto in quanto tale, ma possono non comprendere tutti i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto della vostra situazione fiscale personale, che può incidere anch'essa sull'importo del rimborso.

Cosa accade se Wiener Städtische non è in grado di corrispondere quanto dovuto?

I diritti del Cliente sono tutelati in quanto l'investimento è operato nell'ambito di un "fondo di copertura classico" cioè un fondo speciale gestito dalla Compagnia separatamente dalle altre attività dell'impresa. Per vigilare sul fondo di copertura classico, FMA deve nominare un fiduciario e un suo vice. Come detto, i fondi di copertura sono patrimonio speciale della Compagnia gestiti separatamente dal restante patrimonio dell'impresa. In caso di fallimento, i vostri crediti saranno soddisfatti con privilegio dal fondo di copertura fin dove ciò sarà possibile, in proporzione. Pertanto è possibile che si verifichino perdite.

Quali sono i costi?

La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento che potete ottenere. I costi totali tengono conto dei costi una tantum, correnti e accessori.

Gli importi qui riportati corrispondono ai costi cumulativi del prodotto in tre periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti 1.000 EUR l'anno. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.

Andamento dei costi nel tempo La persona che vende questo prodotto o fornisce consulenza riguardo ad esso potrebbe addebitare altri costi, nel qual caso deve fornire informazioni su tali costi e illustrare l'impatto di tutti i costi sull'investimento nel corso del tempo.

Investimento € 1.000 l'anno Scenari	In caso di disinvestimento dopo 1 anno	In caso di disinvestimento dopo 13 anni	In caso di disinvestimento dopo 25 anni (periodo di detenzione raccomandato)
Costi totali	1.000 €	3.720 €	5.695 €
Impatto sul rendimento (RIY) per anno	100,00%	5,26%	1,56%

Composizione dei costi La seguente tabella presenta:

- l'impatto, per ciascun anno, dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato,
- il significato delle differenti categorie di costi.

Questa tabella presenta l'impatto sul rendimento per anno

Costi una tantum	Costi di ingresso	0,70%	Impatto dei costi già compresi nel prezzo. Questo importo comprende i costi di distribuzione del prodotto.
	Costi di uscita	0,00%	Impatto dei costi di uscita dall'investimento alla scadenza.
Costi correnti	Costi di transazione del portafoglio	0,02%	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	0,85%	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti e dei costi presentati nella sezione II ("Cos'è questo prodotto?")

Per quanto tempo devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?

È possibile recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.

Periodo di detenzione raccomandato: l'obiettivo di detenzione raccomandato per l'investimento si basa sull'ipotesi che l'assicurazione di rendita sia utilizzata come previdenza fino all'inizio dell'erogazione della rendita (età pensionabile, 65 anni). Sono possibili anche durate del differimento differenti (fase di accumulo) e quindi decorrenze di erogazione della rendita differenti. Tuttavia, consigliamo di mantenere il contratto fino alla fine del differimento da voi prescelto.

Trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza del contratto, il contraente può richiederne la risoluzione anticipata (riscatto) con prestazione minima garantita (valori di riscatto pattuiti contrattualmente).

Per esercitare la sua scelta il Contraente deve inviare una richiesta di riscatto alla Compagnia a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, utilizzando il fac-simile da richiedere alla Compagnia ed allegando i documenti ivi indicati.

Il valore di riscatto, tuttavia, soprattutto nei primi anni contrattuali, si mantiene nettamente al di sotto della somma dei premi versati. I costi di ingresso indicati nella tabella riportata nella sezione "Quali sono i costi?" gravano sull'andamento iniziale dell'evoluzione dei valori contrattuali. I costi per risoluzione anticipata (riscatto) ammontano ad un massimo del 5% del valore contrattuale. Nel caso di riscatto anticipato la copertura assicurativa andrà perduta. Una volta iniziata l'erogazione della rendita non è più possibile richiedere il riscatto.

Come presentare reclami?

Eventuali reclami da parte del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari riguardanti il Prodotto o la condotta della Compagnia devono essere inoltrati per iscritto a WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG - Direzione per l'Italia - Servizio Clienti - Via Cristoforo Colombo 112 - 00147 Roma; telefono +39-06-5107011 - Fax +39-06-51070129.

I reclami possono essere altresì inviati all'indirizzo di posta elettronica wienner@wieneritalia.com specificando in maniera dettagliata, nome, cognome e domicilio del reclamante, le ragioni e i fatti invocati ed ogni altro elemento utile per la trattazione del reclamo.

Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito www.wieneritalia.com

Altre informazioni rilevanti

Informazioni più dettagliate sul Prodotto, sono contenute nel DIP Aggiuntivo IBIP, nelle Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e nel Modulo di proposta, che costituiscono il *set informativo*. In conformità a quanto disposto dall'articolo 185 del Codice delle Assicurazioni Private e dall'art. 20 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, la Compagnia predispone i documenti costituenti il *set informativo*, da consegnare al potenziale contraente prima della sottoscrizione di una proposta relativa ai prodotti assicurativi vita, e li rende disponibili sul proprio sito web, accessibile all'indirizzo www.wieneritalia.com

Assicurazione di rendita vitalizia differita a premio unico con controassicurazione, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita

**Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
per i prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo IBIP)**



Impresa: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group

Prodotto: Oggi per Domani

Contratto rivalutabile (Ramo Assicurativo I)

Data di realizzazione: 23/12/2019 (il DIP aggiuntivo IBIP pubblicato è l'ultimo disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG, è una Impresa appartenente al Gruppo Vienna Insurance Group ed è iscritta al registro delle Imprese presso il tribunale del commercio di Vienna con il n. FN333376i; Sede legale: A-1010 Vienna (Austria), Schottenring 30; Rappresentanza Generale per l'Italia: I-00147 Roma (Italia), Via Cristoforo Colombo 112; Recapito telefonico: +39-06-5107011; Sito internet: www.wieneritalia.com; Indirizzo di posta elettronica: wiener@wieneritalia.com; Indirizzo PEC: wieneritalia@legalmail.it.

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta all'Elenco I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione tenuto dall'IVASS, con il numero I-00089. L'autorità di vigilanza competente in Austria è Finanzmarktaufsicht (FMA).

Patrimonio netto al 31/12/2018: € 501,9 milioni di cui € 10 milioni relativi al capitale sociale e € 491,9 milioni al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet <https://www.wienerstaedtsche.at/unternehmen/investor-relations/berichte.html>

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 1.571,1 milioni

Requisito patrimoniale minimo: € 568,6 milioni

Fondi propri ammissibili alla loro copertura: € 3.543,8 milioni

Indice di solvibilità (solvency ratio): 225,6%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa Solvency II.

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Prestazioni in caso di vita

- Rendita vitalizia

In caso di vita dell'Assicurato al termine della durata del differimento è previsto il pagamento ai beneficiari designati in polizza di una rendita vitalizia, rivalutabile annualmente per mezzo della partecipazione agli utili dell'Impresa. La rendita viene pagata in rate mensili anticipate.

- Bonus Finale

In caso di vita dell'Assicurato al termine della durata del differimento, nel caso siano stati corrisposti tutti i premi pattuiti, la rendita vitalizia sopra descritta viene maggiorata di un Bonus Finale secondo la misura deliberata dall'Impresa.

Prestazioni in caso di decesso

- In caso di decesso dell'Assicurato prima del termine della durata del differimento è previsto il pagamento ai beneficiari di un importo pari ai premi versati, maggiorato delle quote di utili riconosciute fino al momento dell'evento (controassicurazione).

- In caso di decesso dell'Assicurato durante il godimento della rendita il pagamento della stessa si estingue ed è previsto il pagamento ai beneficiari del capitale residuo, cioè la differenza fra il valore capitale della rendita al termine del differimento e la somma delle rate di rendita già erogate al netto delle quote di rivalutazione derivanti dalla partecipazione agli utili.

COPERTURE COMPLEMENTARI

La prestazione dell'assicurazione principale può essere integrata, su richiesta del Contraente, con una o più delle seguenti coperture complementari previste dal contratto:

- **Assicurazione di esonero pagamento premi**

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, che abbia come conseguenza un'inabilità totale al lavoro, è previsto l'esonero dal pagamento dei premi relativi alla garanzia principale in scadenza nel periodo compreso tra il 43° giorno di inabilità lavorativa ininterrotta e il termine della stessa.

- **Assicurazione contro gli infortuni**

- In caso di Morte conseguente ad infortunio, che si verifica entro un anno dalla data dello stesso, l'Impresa corrisponde la somma assicurata al netto di eventuali pagamenti effettuati per invalidità permanente derivante dal medesimo evento. Se il valore di tali pagamenti è maggiore della somma dovuta per il caso di morte, l'Impresa non potrà chiedere la restituzione della differenza. La somma assicurata è pari ad 1, 2 o 3 volte (a scelta del Contraente) il capitale di opzione minimo garantito al termine del differimento.

- In caso di Invalità permanente da infortunio, accertata entro un anno dalla data dello stesso, l'Impresa liquida l'indennità calcolata sulla somma assicurata applicando le percentuali previste dalla tabella "Grado di invalidità", indipendentemente dalla maggiore o minore capacità lavorativa. Se il grado di invalidità accertato è minore o uguale al 5%, l'Impresa non liquida alcun indennizzo. La somma assicurata è pari ad 1, 2 o 3 volte (a scelta del Contraente) il capitale di opzione minimo garantito al termine del differimento

Tali coperture sono operanti solo se espressamente indicate nella polizza e sia stato pagato il relativo premio.

Le coperture complementari non consentono la possibilità di maturare una somma ridotta né un valore riscatto e non danno diritto alla partecipazione degli utili dell'Impresa.

Per ogni copertura complementare, il capitale effettivamente assicurato è indicato in polizza.

OPZIONI CONTRATTUALI

Al termine della durata del differimento, la prestazione in caso di vita (Rendita Vitalizia ed eventuale Bonus Finale) può essere convertita, su richiesta del Contraente, in una delle seguenti forme:

- **Capitale**, liquidabile in unica soluzione, nella misura riportata in polizza e rivalutato.
- **Rendita vitalizia di maggiore importo**, si tratta di una rendita vitalizia di maggiore importo (denominata "Rendita con Bonus") ottenuta mediante anticipazione di parte degli utili futuri, con garanzia di rimborso del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita.

Le opzioni possono essere esercitate almeno 90 giorni prima della scadenza contrattuale, purché l'Assicurato sia in vita, e vengono calcolate secondo le basi tariffarie (demografiche e finanziarie) in vigore al momento della conversione della prestazione principale.

Nessuna delle suddette forme di rendita può essere riscattata durante l'erogazione.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE (operanti se richiamate in polizza)

- **Copertura Provvisoria Immediata**: tale condizione deroga parzialmente a quanto disposto in materia di entrata in vigore dell'assicurazione; le informazioni di dettaglio sono riportate nella sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce (Durata)";
- **Frazionamento del Premio**: tale condizione deroga parzialmente a quanto disposto in materia di rateazione del premio; le informazioni di dettaglio sono riportate nella sezione "Quando e come devo pagare (Premio)";
- **Pagamento del Premio**: tale condizione deroga parzialmente a quanto disposto in materia di luogo e modalità del pagamento del premio; le informazioni di dettaglio sono riportate nella sezione "Quando e come devo pagare (Premio)".

CONDIZIONE PARTICOLARE (operante se espressamente richiesta dal Contraente)

- **Aggiornamento del Premio**: prevede l'aggiornamento annuale del premio in base all'indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati; le informazioni di dettaglio sono riportate nella sezione "Quando e come devo pagare (Premio)".



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	PRESTAZIONE PRINCIPALE <ul style="list-style-type: none">- Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o maggiore di 65 anni;- Persone che al termine della durata del differimento abbiano un'età superiore a 75 anni.
	COPERTURE COMPLEMENTARI Assicurazione di esonero pagamento premi <ul style="list-style-type: none">- Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età maggiore di 50 anni.- La copertura cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie il 65° anno di età.
	Assicurazione contro gli infortuni <ul style="list-style-type: none">- Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti;

- Persone colpite da invalidità permanente di grado superiore al 50% e con inabilità lavorativa permanente;
- Persone che svolgono, in via principale, secondaria o occasionale, una o più attività professionali non assicurabili (es. guardie notturne, minatori); l'elenco completo è allegato alle Condizioni di assicurazione;
- La copertura cessa al più tardi al termine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie il 75° anno di età.



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

La prestazione principale non prevede limitazioni/esclusioni.

COPERTURE COMPLEMENTARI

Assicurazione di esonero pagamento premi

L'assicurazione complementare non copre la perdita parziale della capacità lavorativa e non copre altresì le conseguenze derivanti da:

- autolesionismo intenzionale o lesioni riportate con colpa grave, tentato suicidio;
- malattie contratte o ferite riportate in seguito alla partecipazione ad eventi bellici o alla partecipazione attiva a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari;
- malattie e perdita di forze intenzionalmente procurate;
- delitti dolosi commessi dall'Assicurato.

L'Assicurazione non copre inoltre le malattie o le lesioni causate da:

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione;
- pratica, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- esercizio dell'attività di pilota di qualunque tipo di mezzo aereo;
- utilizzo, anche come trasportato, di aeromobili speciali;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche, catastrofe nucleare;
- conseguenti a bradisismo, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, mareggiate;

cedimento, franamento e smottamento del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati.

Assicurazione contro gli infortuni

L'assicurazione complementare non copre gli infortuni, che causano morte od invalidità permanente dell'Assicurato:

- derivanti da attività dolosa del Beneficiario;
- che siano conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- subiti in seguito a partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare, insurrezioni, disordini, in qualità di agitatore; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra e l'infortunio avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa infortuni;
- subiti durante il servizio militare volontario, durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana;
- derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma di legge, ad eccezione del caso di guida con patente scaduta da non più di sei mesi;
- derivanti dalla pratica, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli terrestri o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- conseguenti alla partecipazione, anche come passeggero, a gare o allenamenti su veicoli aerei;
- subiti in seguito ad 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende inoltre all'esercizio del paracadutismo, dell'attività di pilota di specifici velivoli;
- subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche;
- subiti in seguito ad atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche; l'esclusione di tale copertura sussiste tanto nel caso in cui l'Assicurato partecipi attivamente a tali atti quanto nel caso in cui ne

- resti vittima incolpevole;
- conseguenti a bradisismo, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, mareggiate, cedimento, franamento e smottamento del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati.

Non sono riconosciuti come infortunio: il suicidio, le malattie e le malattie infettive.

In caso di Copertura Provvisoria Immediata (richiamata nella sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce? (Durata)", l'assicurazione è valida per una somma massima di € 77.000, in cumulo tra copertura principale ed eventuale copertura complementare.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia: per tutti i pagamenti delle prestazioni assicurate, l'Impresa deve preventivamente ricevere la documentazione necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e per individuare con esattezza gli aventi diritto.

I documenti necessari per i pagamenti, sia in caso di morte dell'Assicurato che in caso di riscatto, sono:

- originale di Polizza ed eventuali appendici;
- documento di identità e codice fiscale del Beneficiario/Contraente;
- certificato di esistenza in vita del Beneficiario.

In caso di morte dell'Assicurato, occorre inoltre presentare i seguenti documenti:

- certificato di morte dell'Assicurato (entro 60 giorni dall'evento);
- relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato;
- atto notorio di successione per l'individuazione degli aventi diritto;
- eventuale copia del testamento pubblicato;
- decreto del Giudice Tutelare (se l'avente diritto è persona minore o incapace).

In caso di riscatto, è inoltre necessario esibire il documento di identità e codice fiscale dell'Assicurato.

COPERTURE COMPLEMENTARI

• Assicurazione di esonero pagamento premi

Verificata l'inabilità, l'Assicurato deve:

- entro 4 settimane dalla scadenza del periodo di franchigia, darne comunicazione per iscritto all'Impresa a mezzo raccomandata e richiederne il riconoscimento. La comunicazione deve essere corredata da una relazione del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'inabilità, dalle eventuali certificazioni delle strutture sanitarie cui l'Assicurato abbia fatto ricorso e da ogni altra certificazione sanitaria che l'Impresa riterrà necessaria. Deve inoltre essere precisata la data di insorgenza dell'inabilità e la sua prevedibile durata.
- fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenze dell'inabilità e deve consentire all'Impresa tutte le indagini e gli accertamenti.

Entro 4 settimane dalla fine dell'inabilità totale al lavoro, l'Assicurato deve darne comunicazione all'Impresa fornendo ulteriore certificazione medica attestante tale condizione.

L'Impresa, invece, deve:

- entro 30 giorni dall'acquisizione di tutta la documentazione necessaria, comunicare per iscritto all'Assicurato se riconosce lo stato di inabilità totale e se concede l'esonero dal pagamento del premio. Se viene riconosciuta l'esenzione, alla scadenza di ogni premio, l'Impresa ha il diritto di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione e certificazioni mediche che attestino la persistenza ininterrotta dell'inabilità totale e ciò fino a quando non venga accertata una inabilità permanente.
- Inoltre può richiedere, in qualsiasi momento e a proprie spese, un controllo dell'Assicurato da parte di un proprio medico fiduciario.

• Assicurazione contro gli infortuni

Cambiamento di professione: il Contraente deve comunicare tempestivamente all'Impresa le variazioni di professione o di attività intervenute in corso di contratto.

In caso di sinistro l'Assicurato, il Contraente o gli aventi diritto, devono darne avviso scritto, all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 7 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, causa dell'evento e delle modalità di accadimento. Inoltre, deve essere corredata da referto medico attestante la natura della lesione,

	<p>la prognosi, l'eventuale necessità di ricovero o di intervento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato per mezzo di ulteriori certificazioni mediche fino ad avvenuta guarigione.</p> <p>In seguito all'infortunio, l'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sottoporsi ad adeguate terapie mediche e proseguirle fino alla conclusione allo scopo di ridurre o eliminare i danni derivanti dall'infortunio. - in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire all'Impresa tutte le indagini e gli accertamenti necessari. <p>In caso di decesso dell'Assicurato, l'evento deve essere denunciato entro 3 giorni a mezzo telegramma anche quando l'infortunio sia stato già denunciato.</p>
	<p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano (art. 2952 c.c.); decorso tale termine, tutti gli importi dovuti ai Beneficiari ma non reclamati, saranno devoluti al fondo costituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per indennizzare i risparmiatori che siano rimasti vittime di frodi finanziarie, secondo quanto previsto dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p>
	<p>Erogazione della prestazione: l'Impresa esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento da parte dell'Impresa della documentazione necessaria.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dall'Impresa.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il premio annuo è determinato in funzione delle prestazioni offerte e delle garanzie prestate; in particolare esso dipende dalla rendita vitalizia assicurata, dalla durata del periodo di differimento, dall'età dell'Assicurato.</p> <p>Questo contratto prevede un importo minimo di premio annuo pari a € 300,00.</p> <p>L'assicurazione viene prestata dietro pagamento di un premio annuo di importo costante per tutta la durata del differimento.</p> <p>La durata del pagamento premi può essere pari o inferiore alla durata del periodo di differimento e può essere fissata da un minimo di 5 ad un massimo tale che, al termine di tale periodo, l'età dell'Assicurato non sia superiore ad 75 anni.</p> <p>Il premio deve essere corrisposto a partire dall'inizio del contratto e per tutta la durata stabilita oppure fino alla morte dell'Assicurato qualora questa avvenga prima del termine del periodo di differimento.</p> <p>Il premio deve essere corrisposto in rate annuali anticipate; è possibile una diversa rateazione del premio secondo quanto stabilito nelle "Condizioni aggiuntive per il frazionamento del premio"; in tal caso, è dovuta una maggiorazione (diritto di frazionamento) in base alla tabella:</p>							
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Rateazione</th> <th style="background-color: #f4a460;">Diritto di frazionamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Semestrale</td> <td style="text-align: center;">1,00%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trimestrale</td> <td style="text-align: center;">2,00%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mensile (solo per il canale bancario)</td> <td style="text-align: center;">3,00%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il premio di primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.</p> <p>Il pagamento del premio di primo anno deve essere effettuato con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario su un conto corrente intestato all'Impresa, - assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato all'Impresa, consegnato all'Agenzia presso la quale è stato stipulato il contratto ovvero inviato direttamente all'Impresa. <p>Le "Condizioni aggiuntive per il pagamento del premio" prevedono che il pagamento dei premi annui (o rate di premio annuo), diversi da quello dovuto alla conclusione del contratto, deve essere effettuato alle date stabilite in polizza mediante uno dei seguenti sistemi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) sistema S.D.D. (SEPA Direct Debit), con preventiva autorizzazione permanente di addebito su un conto corrente bancario intestato al Contraente o ad altra persona, con valuta certa a favore dell'Impresa; b) sistema MAV bancario, con bollettini pagabili presso tutte le banche e gli uffici postali, inviati al domicilio del Contraente a cura dell'Impresa; c) altre modalità offerte dal servizio bancario e postale. 	Rateazione	Diritto di frazionamento	Semestrale	1,00%	Trimestrale	2,00%	Mensile (solo per il canale bancario)
Rateazione	Diritto di frazionamento							
Semestrale	1,00%							
Trimestrale	2,00%							
Mensile (solo per il canale bancario)	3,00%							

	<p>Le assicurazioni complementari vengono prestate dietro il pagamento di un premio annuo anticipato indicato in polizza.</p> <p>Secondo quanto stabilito nelle “Condizioni particolari di aggiornamento del premio”, il Contraente può richiedere che il premio sia aggiornato annualmente in base alla variazione dell’indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai (“costo della vita”) elaborato dall’Istituto Centrale di Statistica (ISTAT); in questo caso l’aumento annuo minimo del premio è pari al 4,00%.</p> <p>Il Contraente può eventualmente rifiutare l’aggiornamento del premio; se rifiuta per due anni consecutivi, la condizione particolare non sarà più operante.</p> <p>Gli aumenti di premio danno diritto al riconoscimento di prestazioni assicurate supplementari.</p>																										
Rimborso	<p>Il Contraente ha diritto al rimborso del premio eventualmente già versato in caso di revoca della proposta o di recesso dal contratto di assicurazione; entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, l’Impresa rimborsa al Contraente il premio pagato, riservandosi il diritto di trattenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> eventuali imposte (assicurazioni complementari); la frazione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto; le spese effettive sostenute per l’emissione del contratto, quantificate in € 30,00. 																										
Sconti	<p>Il contratto prevede l’applicazione di sconti in relazione all’importo del premio annuo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Premio annuo</th> <th>Percentuale di sconto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>da € 300,00 a € 599,99</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>da € 600,00 a € 899,99</td> <td>1,50%</td> </tr> <tr> <td>da € 900,00 a € 1.199,99</td> <td>2,50%</td> </tr> <tr> <td>da € 1.200,00 a € 1.499,99</td> <td>4,00%</td> </tr> <tr> <td>da € 1.500,00 a € 1.799,99</td> <td>4,50%</td> </tr> <tr> <td>da € 1.800,00 a € 2.099,99</td> <td>5,00%</td> </tr> <tr> <td>da € 2.100,00 a € 2.399,99</td> <td>5,50%</td> </tr> <tr> <td>da € 2.400,00 a € 2.999,99</td> <td>6,00%</td> </tr> <tr> <td>da € 3.000,00 a € 4.199,99</td> <td>6,50%</td> </tr> <tr> <td>da € 4.200,00 a € 5.999,99</td> <td>7,00%</td> </tr> <tr> <td>da € 6.000,00 a € 11.999,99</td> <td>7,40%</td> </tr> <tr> <td>da € 12.000,00 e oltre</td> <td>7,70%</td> </tr> </tbody> </table>	Premio annuo	Percentuale di sconto	da € 300,00 a € 599,99	0,00%	da € 600,00 a € 899,99	1,50%	da € 900,00 a € 1.199,99	2,50%	da € 1.200,00 a € 1.499,99	4,00%	da € 1.500,00 a € 1.799,99	4,50%	da € 1.800,00 a € 2.099,99	5,00%	da € 2.100,00 a € 2.399,99	5,50%	da € 2.400,00 a € 2.999,99	6,00%	da € 3.000,00 a € 4.199,99	6,50%	da € 4.200,00 a € 5.999,99	7,00%	da € 6.000,00 a € 11.999,99	7,40%	da € 12.000,00 e oltre	7,70%
Premio annuo	Percentuale di sconto																										
da € 300,00 a € 599,99	0,00%																										
da € 600,00 a € 899,99	1,50%																										
da € 900,00 a € 1.199,99	2,50%																										
da € 1.200,00 a € 1.499,99	4,00%																										
da € 1.500,00 a € 1.799,99	4,50%																										
da € 1.800,00 a € 2.099,99	5,00%																										
da € 2.100,00 a € 2.399,99	5,50%																										
da € 2.400,00 a € 2.999,99	6,00%																										
da € 3.000,00 a € 4.199,99	6,50%																										
da € 4.200,00 a € 5.999,99	7,00%																										
da € 6.000,00 a € 11.999,99	7,40%																										
da € 12.000,00 e oltre	7,70%																										

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La durata del differimento può essere fissata da un minimo di 5 anni ad un massimo tale che al termine del differimento l’età dell’Assicurato non sia superiore a 75 anni. La scelta della durata va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti e compatibilmente con l’età dell’Assicurato.</p> <p>Qualora il premio sia stato pagato all’atto della sottoscrizione della proposta, l’Impresa concede la copertura provvisoria immediata valida secondo i limiti riportati nella specifica sezione “Ci sono limiti di copertura?”. Tale copertura, operante a condizione che venga richiamata in polizza, ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui la proposta è stata firmata dal Contraente e ricevuta dall’Impresa.</p>
Sospensione	Non prevista.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	<p>Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione, finché il contratto non è concluso, mediante lettera raccomandata da inviare a:</p> <p>Wiener Städtische Versicherung AG - Direzione per l’Italia - Servizio Clienti - Via Cristoforo Colombo 112 - 00147 Roma.</p> <p>La comunicazione di revoca deve riportare il numero della proposta sottoscritta. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, l’Impresa restituisce al Contraente il premio unico eventualmente versato, senza alcuna penalità.</p>

<p>Recesso</p>	<p>Il Contraente può recedere dal contratto, entro 30 giorni dalla sua conclusione, inviando una lettera raccomandata a: Wiener Städtische Versicherung AG - Direzione per l'Italia - Servizio Clienti - Via Cristoforo Colombo 112 - 00147 Roma.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, l'Impresa rimborsa al Contraente il premio pagato, riservandosi il diritto di trattenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) eventuali imposte (assicurazioni complementari); b) la frazione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto; c) le spese effettive sostenute per l'emissione del contratto, quantificate in € 30,00; <p>Il recesso libera l'Impresa e Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della relativa comunicazione.</p>
<p>Risoluzione</p>	<p>In caso di sospensione del pagamento dei premi annui da parte del Contraente, dopo 30 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata si determina lo scioglimento automatico del contratto, con la perdita delle somme già versate, se non risulta corrisposto il seguente numero minimo di annualità di premio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un'annualità, se il contratto ha durata del differimento inferiore o uguale a 10 anni; - due annualità, se il contratto ha durata del differimento superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a 20 anni; - tre annualità, se il contratto ha durata del differimento superiore a 20 anni. <p>Nel caso di pagamento del numero di annualità minimo previsto, dopo 30 giorni dalla scadenza della rata di premio non pagata si determina lo scioglimento automatico del contratto, con riconoscimento del valore di riscatto ovvero mantenimento in vigore del contratto fino alla scadenza per una prestazione ridotta.</p> <p>Entro 6 mesi dall'interruzione del pagamento del premio il Contraente ha il diritto di richiedere la riattivazione del contratto con le modalità in vigore in quel momento ed illustrate dall'Impresa.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ad investitori al dettaglio interessati alla costituzione di una prestazione pensionistica integrativa (rendita), garantita con accumulo di capitale a lungo termine, tramite un investimento a basso rischio, collegato ad una prestazione in caso di morte. Il prodotto è rivolto ad assicurati che alla sottoscrizione del contratto non abbiano età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni; inoltre, l'età dell'Assicurato al termine del differimento, non può essere superiore a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

Per l'informativa dettagliata sui costi si vedano le indicazioni del documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID). In aggiunta rispetto ai contenuti del KID, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio:

- **costi per riscatto**
 Il costo di riscatto è pari al 5,00% del valore del contratto (riserva matematica al netto di eventuali commissioni di acquisto ancora da recuperare c.d. "riserva matematica zillmerata") alla data della richiesta.
- **costi per l'erogazione della rendita**
 Il costo relativo alle spese di pagamento della rendita è pari all'1,00% di ciascuna rata della rendita stessa.
- **costi per l'esercizio delle opzioni**
 L'esercizio delle opzioni contrattuali è gratuito.
- **costi di intermediazione**
 Quota parte percepita mediamente dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale: 39%.



Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Garanzia

Il contratto prevede un tasso annuo di rendimento minimo garantito pari allo 0,50% (tasso di interesse tecnico) che viene riconosciuto a priori agli assicurati nel calcolo del premio annuo. L'Impresa garantisce al termine della durata del differimento la rendita minima indicata in polizza.

Partecipazione agli utili e rivalutazione delle prestazioni

L'Impresa calcola i premi adottando stime prudenziali riguardanti i redditi da capitale (interessi) conseguibili e le ipotesi di

mortalità degli Assicurati. L'adozione di tali stime prudenziali produce delle eccedenze delle quali il Contraente usufruisce tramite la partecipazione agli utili dell'Impresa.

La ripartizione di tali eccedenze avviene in funzione della "classe di utile" (o "fascia di utile") assegnata; all'interno di ciascuna classe sono previste specifiche "classi di attribuzione" (o "gruppi di contabilizzazione") in cui sono raggruppati contratti assicurativi dello stesso tipo. La classe di utile e quella di attribuzione sono riportate in polizza.

L'ammontare della quota di utile è deliberato annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'Impresa. Le quote di utile per ciascuna "fascia di utile" e "gruppo di contabilizzazione" sono riportate nel bilancio dell'Impresa. Le quote di utile vengono accreditate il 31 dicembre di ogni anno e restano definitivamente acquisite. Per le assicurazioni a premi annui, il primo accredito avviene il 31 dicembre del terzo anno assicurativo.

La quota di utile viene accreditata al netto del tasso di interesse tecnico (tasso di rendimento minimo garantito) pari allo 0,50%, già riconosciuto nel calcolo del premio, e aumenta la prestazione assicurativa prevista dal contratto accumulandosi in forma di interessi fino al termine della durata del differimento.

In caso di risoluzione anticipata del contratto, mediante riscatto, la quota di utile è ridotta in base a un fattore di diminuzione deciso dal Consiglio di Amministrazione dell'Impresa.

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del periodo di differimento, il contratto beneficia, purché i premi siano stati interamente corrisposti fino alla scadenza del periodo pattuito, di una quota dell'utile denominata Bonus Finale calcolata percentualmente sulla riserva matematica prevista dal contratto. L'aliquota della percentuale è determinata dalle delibere adottate in proposito dai competenti Organi dell'Impresa.

La prestazione in caso di vita (rendita vitalizia) è inserita anch'essa nella specifica "classe di utile" e beneficia quindi della partecipazione agli utili che ne accresce l'importo in fase di erogazione. Tale rivalutazione avviene per la prima volta nel secondo anno di erogazione della rendita stessa.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>Qualora risulti pagato un certo numero minimo di annualità di premio:</p> <ul style="list-style-type: none">- un'annualità, se il differimento è inferiore o uguale a 10 anni,- due annualità, se il differimento è superiore a 10 anni ma inferiore o uguale a 20 anni),- tre annualità, se il differimento è superiore a 20 anni, <p>il Contraente può:</p> <ul style="list-style-type: none">• sospendere il pagamento dei premi e mantenere in vigore il contratto stesso, per una prestazione ridotta (riduzione);• chiedere il riscatto della polizza; l'importo del riscatto totale è pari al 95% del valore del contratto alla data della richiesta (riserva matematica diminuita delle provvigioni di acquisto ancora da recuperare). Il riscatto totale risolve il contratto e lo rende privo di qualsiasi valore ed effetto. Il valore di riscatto può essere inferiore all'importo del premio versato. <p>In caso di riduzione, qualora la rendita vitalizia mensile assicurata ridotta, risultasse inferiore a € 20,00 verrà corrisposto il valore di riscatto.</p>
Richiesta di informazioni	Nel caso di necessità di ricevere informazioni sul valore di riscatto è possibile rivolgersi all'Impresa chiamando il numero verde 800 927412.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS	<p>I reclami presentati all'Impresa che abbiano avuto esito insoddisfacente o risposta tardiva (oltre 45 giorni dal ricevimento), possono essere presentati all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>Fermo quanto sopra, il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari possono rivolgersi anche all'Organo di vigilanza sulle assicurazioni in Austria: Finanzmarktaufsicht (FMA) Otto-Wagner-Platz 5 A-1090 Wien.</p>
------------------	---

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo ricorso al procedimento di mediazione tramite interpello ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 09.08.2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione della lite transfrontaliera, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente tramite l'attivazione della procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il trattamento fiscale dipende dalla situazione individuale di ciascun Contraente, o del Beneficiario qualora diverso, e può essere soggetto a modifiche in futuro.</p> <p>Di seguito riportato il trattamento fiscale applicato al contratto.</p> <p>Imposta sui premi In base alla vigente normativa fiscale, i premi delle assicurazioni sulla vita sono esenti da imposta; i premi delle assicurazioni complementari sono invece soggetti nella misura del 2,50%.</p> <p>Detrazione fiscale dei premi Sulla parte di premio relativa alla copertura dei rischi: <ul style="list-style-type: none"> - per il caso di morte - per invalidità permanente non inferiore al 5,00% è riconosciuta una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.</p> <p>Tassazione dei rendimenti finanziari I rendimenti finanziari maturati durante la fase di costituzione della rendita vitalizia avente funzione previdenziale, prima del termine del differimento, sono soggetti a ritenuta d'imposta, quindi definitiva, per ciascun periodo d'imposta. La ritenuta si applica alla differenza fra il valore attuale della rendita in via di costituzione alla fine di ogni periodo di imposta, diminuito dei premi pagati e aumentato di eventuali riscatti parziali relativi allo stesso periodo, e il valore attuale della rendita all'inizio del corrispondente periodo d'imposta.</p> <p>Tassazione delle prestazioni assicurate Le somme dovute dall'Impresa: a) se corrisposte a persona fisica in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni e sono esenti da IRPEF limitatamente alla parte relativa alla copertura del rischio demografico; b) se corrisposte in caso di vita dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> - in forma di capitale, non sono soggette ad imposta sostitutiva, in quanto il reddito maturato è già stato assoggettato ad imposta; - in forma di rendita vitalizia, sono soggette ad imposta sostitutiva, sui redditi finanziari realizzati, pari alla differenza fra l'importo di ciascuna rata di rendita e quello della corrispondente rata calcolata senza tenere conto dei rendimenti finanziari. L'Impresa non opera la ritenuta della suddetta imposta sostitutiva sui proventi corrisposti a soggetti che esercitano attività d'impresa. Se i proventi sono corrisposti a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati nell'ambito di attività commerciale l'Impresa non applica la predetta imposta sostitutiva qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito. Le suddette ritenute fiscali, versate dall'Impresa all'Amministrazione finanziaria in nome e per conto del Contraente, riducono la prestazione indicata sul contratto.</p>
---	---

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art.1920 del c.c.). Ciò comporta che le somme corrisposte, a seguito del decesso dell'Assicurato, non rientrano nell'asse ereditario.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE /DALLA DATA PREVISTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Oggi per Domani

Assicurazione di rendita vitalizia differita con controassicurazione, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita

(Tariffa CaRR/2017– AC3 • CGA mod. 05A - ed. 12/2019)

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del Tavolo Tecnico ANIA- Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Gentile Cliente,

qui di seguito riepiloghiamo le caratteristiche salienti del prodotto Oggi per domani; si tratta di una rendita vitalizia differita con controassicurazione, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a premi annui costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'Assicurato durante il godimento della rendita.

In caso di decesso dell'Assicurato, Oggi per domani prevede le seguenti prestazioni:

1. decesso durante il periodo di differimento: la Società rimborsa tutti i premi pagati maggiorati degli utili riconosciuti.
2. decesso durante la fase di erogazione della rendita: la Società riconosce ai Beneficiari la differenza fra il "valore capitale della rendita" alla scadenza del contratto e la somma delle rate di rendita già pagate.

Alla scadenza contrattuale è inoltre possibile trasformare la rendita in un capitale liquidabile in unica soluzione oppure optare per una rendita con anticipazione di parte degli utili futuri (maggiorazione "Rendita Bonus").

Oggi per domani è un piano di risparmio previdenziale che offre la possibilità di integrare la prestazione pensionistica pubblica con la costituzione di una pensione vitalizia rivalutabile.

L'assicurazione principale può essere inoltre arricchita da alcune assicurazioni complementari che associano alla valenza previdenziale contenuti assicurativi idonei a proteggere il completamento del piano da eventi imprevisti. In particolare è possibile sottoscrivere le seguenti assicurazioni complementari:

- Esonero dal pagamento del premio in seguito a infortunio o malattia;
- Infortuni (caso morte e/o invalidità permanente superiore al 5%).

Le assicurazioni complementari sono descritte nel dettaglio all'interno delle specifiche sezioni e possono essere acquistate singolarmente o in combinazione, a seconda delle necessità.

Le polizze vita sono spesso sottoscritte a tutela dei propri cari; a tal proposito cogliamo l'occasione per fornirle alcuni consigli volti a ridurre il cosiddetto fenomeno delle polizze "dormienti", quei contratti che, pur avendo maturato un diritto al pagamento del capitale assicurato, a causa della mancata conoscenza degli aventi diritto delle prestazioni maturate, non sono stati liquidati dalle imprese di assicurazione.

Molti beneficiari non sanno che, secondo il codice civile, art.2952, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo 10 anni (prescrizione) ed alla scadenza di tale termine, le imprese di assicurazione sono tenute, in conformità alla legge 266/2005 a devolvere gli importi dei contratti prescritti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie.

Solitamente le polizze "dormienti" sono polizze per il caso di morte dell'Assicurato della cui esistenza i beneficiari non erano a conoscenza o di polizze che, giunte a scadenza, non sono state riscosse dagli interessati.

Le consigliamo quindi:

1. alla stipula di una polizza vita di informare i suoi famigliari o i potenziali aventi diritto dei termini del contratto e dell'impresa di assicurazione con cui è stato sottoscritto;
2. all'atto della designazione dei beneficiari, al fine di consentire alla Società di rintracciare agevolmente gli aventi diritto, privilegiare la forma specifica indicando nominativamente i beneficiari stessi ed i relativi dati anagrafici;
3. in caso di variazioni anagrafiche dei beneficiari, segnalare tempestivamente tali modifiche alla Società;
4. se preferisce non indicare i beneficiari nominativamente, comunicare alla Società un referente terzo ed i dati per la sua identificazione, affinché l'impresa di assicurazione possa far riferimento a lui in caso di decesso dell'Assicurato.

Infine, in caso avesse necessità di contattare la Società, riepiloghiamo di seguito i contatti per ottenere tutte le informazioni sullo stato della sua polizza:

Direzione per l'Italia - Relazioni con il Pubblico: Servizio Clienti

Wiener Städtische Versicherung AG
Via Cristoforo Colombo 112 - 00147 Roma
Telefono: +39 06 5107011 - Fax: +39 06 51070129
E-Mail: wienner@wienneritalia.com

All'interno delle Condizioni di assicurazione, sono presenti alcuni box di consultazione aventi la stessa grafica utilizzata per il presente riquadro.

I box di consultazione sono degli appositi spazi che hanno lo scopo di chiarire, anche attraverso esempi, quanto contenuto nelle Condizioni di assicurazione e/o di evidenziare punti su cui porre particolare attenzione.

Tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una semplificazione. Per questo motivo è bene tenere in considerazione le condizioni a cui si riferiscono.

Le frasi evidenziate graficamente tramite l'utilizzo di sfondo pieno tono su tono prevedono:

- oneri e obblighi di comportamento a carico del contraente e dell'assicurato;
- nullità e decadenze;
- operatività delle garanzie (limiti ed esclusioni).

Indice

GLOSSARIO.....	6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	8
Cosa assicura e quali sono le prestazioni.....	8
Articolo 1 - Prestazione assicurata.....	8
Articolo 2 - Partecipazione agli utili.....	9
Articolo 3 - Pagamento del premio.....	10
Articolo 4 - Interruzione del pagamento dei premi - Risoluzione.....	10
Articolo 5 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione.....	11
Articolo 6 - Conclusione, durata ed entrata in vigore del contratto.....	12
Articolo 7 - Diritto di recesso.....	12
Articolo 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.....	12
Articolo 9 - Cessione, pegno, vincolo.....	13
Articolo 10 - Beneficiari.....	13
Articolo 11 - Prestiti.....	14
Articolo 12 - Foro competente.....	14
Articolo 13 - Imposte e tasse.....	14
Articolo 14 - Valuta contrattuale.....	14
Modalità per la liquidazione delle prestazioni.....	14
Articolo 15 - Riduzione e Riscatto.....	14
Articolo 16 - Opzioni di conversione in rendita alla scadenza del contratto.....	14
Articolo 17 - Pagamenti della Società.....	15
CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER LA COPERTURA PROVVISORIA IMMEDIATA.....	17
CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO.....	18
CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO.....	19
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INABILITÀ CONSEGUENTE A MALATTIA O INFORTUNIO.....	20
ARTICOLO 1 - Prestazione assicurata.....	20
ARTICOLO 2 - Pagamento del premio.....	20
ARTICOLO 3 - Decorrenza, scadenza ed estinzione dell'assicurazione complementare.....	20
ARTICOLO 4 - Limitazioni della garanzia e pratica sportiva.....	21
ARTICOLO 5 - Denuncia dell'inabilità, richiesta di riconoscimento e obblighi dell'Assicurato.....	21
ARTICOLO 6 - Liquidazione della prestazione.....	22
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI.....	23
ARTICOLO 1 - Operatività delle garanzie.....	23
ARTICOLO 2 - Prestazioni assicurate.....	23
ARTICOLO 3 - Estensioni di garanzia.....	23
ARTICOLO 4 - Persone non assicurabili.....	24
ARTICOLO 5 - Esclusioni e limitazioni.....	25
ARTICOLO 6 - Pagamento del premio.....	26
ARTICOLO 7 - Decorrenza, scadenza ed estinzione dell'assicurazione complementare.....	26
ARTICOLO 8 - Recesso in seguito a sinistro.....	26
ARTICOLO 9 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi in caso di sinistro.....	26
ARTICOLO 10 - Disposizioni per la determinazione del grado di invalidità.....	27
ARTICOLO 11 - Criteri di indennizzabilità.....	28
ARTICOLO 12 - Pagamento dell'indennizzo.....	28
ARTICOLO 13 - Controversie ed arbitrato irrituale.....	29
Allegato 1.....	30
AGGIORNAMENTO DEL PREMIO.....	31

ARTICOLO 1 - Operatività	31
ARTICOLO 2 - Aggiornamento del premio	31
ARTICOLO 3 - Aggiornamento della prestazione	31
ARTICOLO 4 - Decadenza dell'aggiornamento	31
ARTICOLO 5 - Altre condizioni aggiuntive	32
Appendice normativa.....	33

GLOSSARIO

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che con maggior frequenza ricorrono nelle presenti Condizioni di assicurazione, riportati in *corsivo*, di seguito si elencano quelli d'uso più comune con le relative definizioni:

Anno assicurativo:	periodo espresso in anni interi calcolato a partire dalla <i>data di decorrenza</i> del <i>contratto</i> .
Appendice:	documento che forma parte integrante del <i>contratto</i> e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la <i>Società</i> ed il <i>Contraente</i> .
Assicurato:	persona fisica sulla cui vita è stipulato il <i>contratto</i> , che può coincidere o no con il <i>Contraente</i> e con il <i>Beneficiario</i> . Le prestazioni previste dal <i>contratto</i> sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Assicurazione complementare:	assicurazione facoltativa che integra le prestazioni dell' <i>assicurazione principale</i> .
Assicurazione principale:	assicurazione prevista dal <i>contratto</i> in base alla quale la <i>Società</i> si impegna a pagare la <i>prestazione assicurata</i> al <i>Beneficiario</i> ; ad essa possono essere abbinata altre prestazioni che di conseguenza possono essere definite complementari.
Beneficiario:	persona fisica o giuridica designata in <i>polizza</i> dal <i>Contraente</i> che riceve la prestazione prevista dal <i>contratto</i> quando si verifica l'evento assicurato. Può coincidere o no con il <i>Contraente</i> stesso e, se persona fisica, con l' <i>Assicurato</i> .
Condizioni aggiuntive di assicurazione:	clausole contrattuali con le quali si intendono integrare le <i>Condizioni di assicurazione</i> e formano parte integrante del <i>contratto</i> in quanto richiamate in <i>polizza</i> .
Condizioni generali di assicurazione:	clausole di base previste dal <i>contratto di assicurazione</i> , che riguardano gli aspetti generali del <i>contratto</i> quali il pagamento del premio, la <i>decorrenza</i> , la durata. Possono essere integrate da <i>Condizioni aggiuntive e particolari</i> .
Condizioni particolari di assicurazione:	insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle <i>Condizioni di assicurazione</i> .
Contraente:	persona fisica o giuridica che stipula il <i>contratto di assicurazione</i> e si impegna al versamento dei premi alla <i>Società</i> . Può coincidere o meno con l' <i>Assicurato</i> , se persona fisica, e/o con il <i>Beneficiario</i> .
Contratto (di assicurazione sulla vita):	contratto con il quale la <i>Società</i> , a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una <i>prestazione assicurata</i> in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell' <i>Assicurato</i> .
Controassicurazione dei premi:	clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell' <i>Assicurato</i> nel <i>periodo di differimento</i> .
Data di decorrenza:	data di riferimento, indicata in <i>polizza</i> come “data inizio contratto”, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Durata del contratto:	periodo di tempo espresso in anni che intercorre fra la <i>data di decorrenza</i> e la data di decesso dell' <i>Assicurato</i> .
Durata (periodo) del differimento:	periodo di tempo espresso in anni che intercorre fra la data di conclusione del <i>contratto</i> e la data di inizio di erogazione della rendita.
Età assicurativa:	differenza fra l'anno in cui ha inizio il <i>contratto</i> e l'anno di nascita dell' <i>Assicurato</i> .
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte o l' <i>invalidità permanente</i> .
Invalidità permanente da infortunio:	perdita, a seguito di <i>infortunio</i> , permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell' <i>Assicurato</i> a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura:	struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, case di soggiorno, strutture sanitarie aziendali, istituti di cura per malattie polmonari, cronicari, istituti psichiatrici, ospedali geriatrici.
IVASS:	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Malattia:	alterazione dello stato di salute dell' <i>Assicurato</i> non dipendente da <i>infortunio</i> .
Polizza:	documento che fornisce la prova dell'esistenza del <i>contratto di assicurazione</i> .
Polizza sostitutiva:	nuova <i>polizza</i> che annulla e sostituisce la precedente <i>polizza</i> in possesso del <i>Contraente</i> .
Pratica sportiva:	attività sportiva svolta a scopo ludico ricreativo.
Premio annuo:	importo che il <i>Contraente</i> si impegna a corrispondere annualmente alla <i>Società</i> secondo un piano di versamenti previsto dal <i>contratto di assicurazione</i> .
Premio di tariffa:	corrispettivo dovuto alla <i>Società</i> per l' <i>assicurazione principale</i> e per le eventuali <i>assicurazioni accessorie e complementari</i> .
Premio unico di inventario:	costituito dalla somma del premio puro (<i>premio di tariffa</i> al netto di tutti i costi) e dei costi di gestione.
Prestazione assicurata:	somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la <i>Società</i> corrisponde al <i>Beneficiario</i> al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta di assicurazione:	documento con cui il <i>Contraente</i> chiede di stipulare un <i>contratto di assicurazione</i> in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.
Recesso:	il diritto del <i>Contraente</i> di annullare il contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione e di avere in restituzione le somme versate, al netto delle spese sostenute dalla <i>Società</i> indicate nella <i>proposta di assicurazione</i> e nel <i>contratto</i> .
Revoca:	il diritto del <i>Contraente</i> di annullare la <i>proposta</i> prima della conclusione del <i>contratto</i> ottenendo la restituzione delle somme eventualmente versate entro 30 giorni dalla comunicazione di <i>revoca</i> .
Rendita vitalizia:	rendita da corrisondersi finché l' <i>Assicurato</i> è in vita.
Ricovero:	degenza che comporti almeno un pernottamento in <i>istituto di cura</i> pubblico o privato.
Riserva matematica:	importo che deve essere accantonato dalla <i>Società</i> per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente.
Sinistro:	verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Set informativo:	insieme dei seguenti documenti previsti da <i>IVASS</i> : documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d'investimento assicurativi (KID), il documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), le <i>Condizioni di assicurazione</i> , comprensive del glossario, il modulo di proposta o, ove non previsto, il modulo di <i>polizza</i> . Il <i>Set informativo</i> deve essere consegnato al <i>Contraente</i> prima della sottoscrizione del <i>contratto</i> .
Società:	“ WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group “
Tasso d'interesse tecnico:	rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del premio versato.
Valore capitale della rendita:	valore risultante dalla conversione della rendita assicurata, indicata in <i>polizza</i> , in capitale al termine del <i>differimento</i> .

Data ultimo aggiornamento: 23/12/2019

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Cosa assicura e quali sono le prestazioni

Premessa

Oggi per domani (Tariffa Carr 2017) è una *rendita vitalizia* differita con *controassicurazione*, rivalutabile per mezzo di partecipazione agli utili e Bonus Finale, a *premi annui* costanti di durata pari o abbreviata rispetto a quella contrattuale e con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell'*Assicurato* durante il godimento della *rendita*.

Cos'è un contratto assicurativo sulla vita di rendita vitalizia differita con controassicurazione dei premi?

Si tratta di una forma assicurativa per cui la *Società*, in cambio del pagamento dei premi, è obbligata a pagare al *Beneficiario* una *rendita vitalizia* alla scadenza del *periodo di differimento*, se l'*Assicurato* è in vita.

Se l'*Assicurato* muore prima della scadenza del *contratto*, la *Società* restituisce la somma di tutti i premi pagati (*controassicurazione*).

Cos'è una polizza rivalutabile?

Si intende un *contratto di assicurazione sulla vita* che lega il livello delle prestazioni dell'assicuratore e quello dei premi dovuti dal *Contraente* al rendimento che l'assicuratore ottiene investendo i premi raccolti (partecipazione agli utili).

Articolo 1 - Prestazione assicurata

In caso di vita dell'Assicurato al termine del differimento la *Società* corrisponde ai *Beneficiari*, purché siano stati pagati i premi per tutta la durata contrattualmente stabilita:

- la *rendita vitalizia* indicata in *polizza*, rivalutata per mezzo della partecipazione agli utili della *Società*;
- ove spettante, una maggiorazione della *rendita vitalizia* denominata Bonus Finale,

secondo le disposizioni di cui all'art. 2.

In caso di morte dell'Assicurato prima del termine del differimento, la *Società* paga ai *Beneficiari* un importo pari alla somma di tutti i premi versati, aumentato delle quote di rivalutazione eventualmente assegnate fino a quel momento.

In caso di decesso dell'Assicurato durante il godimento della rendita vitalizia, il pagamento della stessa si estingue e la *Società* rimborsa ai *Beneficiari* il capitale residuo, cioè la differenza fra il *valore capitale della rendita* al termine del *differimento* e la somma delle rate di *rendita vitalizia* già erogate al netto delle quote di rivalutazione eventualmente riconosciute.

La *rendita vitalizia* viene corrisposta nella rateazione indicata in *polizza*.

La *rendita vitalizia* non può essere riscattata durante il periodo di erogazione.

Al momento della sottoscrizione del *contratto*, il *Contraente* può ampliare la copertura selezionando, in abbinamento alla suddetta *assicurazione principale*, una o più delle seguenti *assicurazioni complementari*, valide se espressamente richiamate in *polizza* e se è stato pagato il relativo premio:

- Esonero pagamento premi: in caso di *infortunio* o *malattia* dell'*Assicurato*, che abbia come conseguenza un'inabilità totale al lavoro, è previsto l'esonero del pagamento dei premi relativi all'*assicurazione principale* a partire dal 43° giorno di inabilità lavorativa ininterrotta e fino al termine della stessa.
- Infortuni: se l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio*, muore o rimane invalido in modo permanente entro un anno da quando si è verificato l'*infortunio*, la *Società* corrisponde le somme assicurate indicate in *polizza*.

Per i dettagli si rimanda alle condizioni contrattuali delle *assicurazioni complementari* "Esonero pagamento premi" ed "Infortuni".

Il *contratto* prevede inoltre la possibilità di attivare alcune *condizioni aggiuntive di assicurazione*:

- Copertura provvisoria immediata
- Frazionamento del premio
- Pagamento del premio

Per i dettagli si rimanda alle condizioni contrattuali delle suddette *condizioni aggiuntive di assicurazione*.

Articolo 2 - Partecipazione agli utili

Le assicurazioni di rendita sono generalmente in contratti assicurativi di lunga durata. La *Società*, per assicurare il riconoscimento della prestazione per l'intera *durata contrattuale*, calcola i premi adottando stime prudenziali riguardanti i redditi da capitale (interessi) conseguibili e le ipotesi di mortalità degli Assicurati. L'adozione di tali stime prudenziali produce delle eccedenze delle quali il *Contraente* usufruisce mediante la partecipazione agli utili della *Società*.

La ripartizione di tali eccedenze avviene in funzione della "classe di utile" (o "fascia di utile") assegnata; all'interno di ciascuna classe sono previste specifiche "classi di attribuzione" (o "gruppi di contabilizzazione") in cui sono raggruppati tutti i contratti assicurativi dello stesso tipo. La "classe di utile" e la "classe di attribuzione" sono indicate in *polizza*.

L'ammontare della quota di utile è deliberato annualmente dal Consiglio di Amministrazione della *Società*: le quote di utile per ciascuna "fascia di utile" e "gruppo di contabilizzazione" sono riportate nel bilancio della *Società*.

Le quote di utile vengono accreditate su ciascun *contratto* il 31 dicembre di ogni anno e restano definitivamente acquisite; il primo accredito avviene il 31 dicembre del terzo *anno assicurativo*.

La quota di utile viene accreditata al netto del *tasso di interesse tecnico* (tasso di rendimento minimo garantito) pari allo 0,50%, già riconosciuto nel calcolo del premio, e aumenta la *prestazione assicurata* prevista dal *contratto* accumulandosi in forma di interessi fino al termine della *durata del contratto* stesso.

La quota di utile assegnata al *contratto* si compone delle seguenti quote di utile:

- da interessi: calcolata in percentuale della *riserva matematica* dell'*assicurazione principale* all'inizio di ogni *anno assicurativo* e fino alla scadenza della prima rata di rendita.
- da capitale: calcolata in millesimi della somma assicurata dell'*assicurazione principale* per il caso di vita e riconosciute finché i premi vengono regolarmente corrisposti.

In caso di risoluzione anticipata del *contratto*, mediante sospensione del pagamento premi o riscatto, la quota di utile è ridotta in base a un fattore di diminuzione deciso dal Consiglio di Amministrazione della *Società*.

In caso di vita dell'*Assicurato* al termine del *periodo di differimento*, il *contratto* beneficia, purché i premi siano stati interamente corrisposti fino alla scadenza del periodo pattuito, di una quota dell'utile finale denominata "Bonus Finale" calcolato in percentuale della *riserva matematica*. La percentuale è determinata dalle delibere adottate in proposito dai competenti organi della *Società*.

In fase di erogazione della rendita, la stessa rientra automaticamente nell'apposita "classe di utile" e beneficia quindi, a partire dal secondo anno di erogazione, della partecipazione agli utili che ne accresce l'importo.

Se il *Contraente* alla conclusione del *contratto* opta per l'erogazione della "Rendita Bonus", gli aumenti periodici derivanti dalla partecipazione agli utili si riducono della misura necessaria per il finanziamento della Rendita Bonus. La quota annuale di partecipazione agli utili può essere:

- superiore al livello necessario per finanziare la Rendita Bonus: in tal caso la parte eccedente viene utilizzata come *premio unico* per una rendita aggiuntiva, contenente anch'essa una quota di Rendita Bonus, da corrispondersi a partire dal momento dell'accredito degli utili. La percentuale di aumento della rendita aggiuntiva è pubblicata nella Relazione di bilancio della *Società*;
- inferiore al livello necessario per finanziare la Rendita Bonus: in tal caso la Rendita Bonus e le rendite aggiuntive vengono decurtate, al momento dell'accredito degli utili, secondo principi di matematica assicurativa autorizzati dall'Autorità di sorveglianza del mercato assicurativo austriaco.

Articolo 3 - Pagamento del premio

L'assicurazione principale prevede il pagamento di un *premio annuo* – indicato in *polizza* – il cui importo, costante per tutto il *periodo di differimento*, viene scelto dal *Contraente* in relazione alle proprie esigenze in termini di prestazioni assicurate.

Il *premio annuo*, determinato in funzione delle prestazioni offerte e delle garanzie prestate, dipende da una serie di elementi, come ad esempio la *rendita vitalizia* assicurata, la durata del *periodo di differimento*, l'*età assicurativa*.

La durata del pagamento dei premi può essere pari o inferiore rispetto alla *durata del differimento*, con un minimo 5 anni.

Il *premio annuo* deve essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del *contratto* e per tutta la *durata del differimento* o fino alla morte dell'Assicurato se avviene prima del termine del *periodo di differimento*.

Il *premio annuo* minimo è pari a € 300,00.

Il *premio* di primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero. In caso di mancato pagamento del primo *premio annuo* o delle rate di *premio* di primo anno, la *Società* può agire per l'esecuzione del *contratto* entro sei mesi dal giorno in cui il *premio* è scaduto¹.

Se il pagamento della prima rata di premio non va a buon fine, il *contratto* si intenderà come mai perfezionato e privo di qualsiasi effetto.

Rateazione del premio

Il premio deve essere corrisposto in rate annuali anticipate; il *Contraente* può scegliere una diversa rateazione del premio (semestrale, trimestrale o mensile). Per i dettagli si rimanda alle “Condizioni aggiuntive per il frazionamento del premio” riportate nello specifico allegato.

Luogo e modalità del pagamento

Il pagamento dei premi deve essere effettuato presso la Direzione per l'Italia della *Società* in Roma o presso l'Agenzia alla quale è assegnato il *contratto*. A seguito del pagamento viene rilasciata quietanza.

Per le modalità di pagamento del premio di perfezionamento e dei premi successivi e la deroga parziale a quanto sopra esposto si rimanda alle “Condizioni aggiuntive per il pagamento del premio” riportate nello specifico allegato.

Aggiornamento del premio

Il *Contraente* può richiedere di adeguare l'importo del *premio annuo* in funzione delle variazioni dell'indice dei “Prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai” elaborato dall'ISTAT. Per i dettagli si rimanda alle “Condizioni particolari di aggiornamento del premio” riportate nello specifico allegato.

Articolo 4 - Interruzione del pagamento dei premi - Risoluzione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di *premio*, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata, determina la risoluzione del *contratto* e la contemporanea acquisizione della *Società* di tutti i *premi* pagati.

Cosa si intende per risoluzione del contratto?

È il diritto di una delle parti a far cessare il *contratto* in caso di mancato rispetto, da parte dell'altro soggetto, degli obblighi contrattuali a suo carico (nel caso specifico la *Società* scioglie il *contratto* a fronte del mancato pagamento dei premi).

Tuttavia, se il *contratto* ha maturato un valore di riduzione, l'assicurazione resta in vigore senza il pagamento di ulteriori *premi* per una prestazione ridotta (vedi articolo 15).

Il *Contraente* in ogni caso, per giustificare il mancato pagamento dei *premi*, non può contestare:

¹ Ai sensi dell'art. 1924 del Codice Civile fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901 del Codice Civile.

- la mancata ricezione di avvisi di scadenza o bollettini di pagamento;
- la mancata riscossione da parte della *Società* dei premi a domicilio.

Articolo 5 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

Entro sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di *premio annuo* non pagata, il *Contraente* può riattivare il *contratto*, se l'*Assicurato* è in vita, riprendendo il pagamento dei premi.

Trascorsi più di tre mesi dalla data di scadenza della prima rata di *premio annuo* non pagata la riattivazione può avvenire:

- solo su espressa richiesta scritta del *Contraente* ed accettazione scritta della *Società*, che può richiedere, nel caso siano attive *assicurazioni complementari*, nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito;
- previo pagamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi. Gli interessi vengono calcolati:
 - ✓ applicando il tasso di riattivazione al periodo intercorso tra la data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e la data di riattivazione;
 - ✓ in base al tasso annuo di rendimento attribuito al *contratto*, rilevato all'ultimo anniversario che precede la data di riattivazione, con il minimo del tasso legale di interesse;
- emettendo una nuova *polizza* che annulla e sostituisce la precedente (*polizza sostitutiva*), in base alle *Condizioni di assicurazione* vigenti al momento della riattivazione e consegnando eventualmente al *Contraente* un nuovo *Set informativo*.

La riattivazione del *contratto*, effettuata nei termini e con le modalità di cui sopra, ripristina la *prestazione assicurata* indicata in *polizza* dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati.

Contratto dalla A alla Z

Articolo 6 - Conclusione, durata ed entrata in vigore del contratto

Cosa si intende per conclusione?

È il momento a partire dal quale il *contratto* assicurativo viene ad esistenza.

Il *contratto* si considera concluso nel momento in cui la *Società* rilascia la *polizza* al *Contraente* o gli comunica per iscritto il proprio assenso alla *proposta di assicurazione*.

La data di conclusione del *contratto* è:

- a) la data indicata in *polizza* corrispondente al giorno in cui la stessa è stata consegnata al *Contraente*; ovvero
- b) la data apposta sull'“Avviso di ricevimento” della raccomandata contenente la *polizza*, in caso di invio della stessa a mezzo posta.

L'assicurazione entra in vigore, se la prima rata di *premio annuo* è stata pagata, alle ore 24:

- del giorno in cui il *contratto* è concluso; ovvero
- del giorno di *decorrenza* indicato in *polizza*, se successivo alla data della conclusione del *contratto*.

Se la prima rata di *premio annuo* viene pagata dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento, ferme restando le date di scadenza delle successive rate di premio indicate in *polizza*.

Il *contratto* può essere sottoscritto nel rispetto dei seguenti limiti:

- l'*età assicurativa* dell'*Assicurato* non può essere inferiore a 18 anni, salvo deroghe espressamente autorizzate dalla *Società*
- l'*età assicurativa* dell'*Assicurato* non può essere superiore a 65 anni
- l'*età assicurativa* dell'*Assicurato* al termine del *periodo di differimento* non può essere superiore a 75 anni.

Articolo 7 - Diritto di recesso

Il *Contraente* può recedere dal *contratto* entro 30 giorni dal momento in cui il *contratto* è concluso, comunicandolo alla *Società* tramite raccomandata al seguente indirizzo:

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

Direzione per l'Italia - Servizio Clienti ● Via Cristoforo Colombo 112 ● I-00147 Roma

Il *recesso* libera entrambe le parti da ogni obbligo derivante dal *contratto* a partire dalle ore 24 del giorno di invio della relativa comunicazione, risultante dal timbro postale.

La *Società*, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di *recesso*, rimborsa al *Contraente* il premio pagato riservandosi il diritto di recuperare:

- imposta gravante sulle *assicurazioni complementari*;
- la frazione di premio relativa al periodo per il quale il *contratto* ha avuto effetto;
- le spese sostenute per l'emissione della *polizza*, quantificate in € 30,00.

Articolo 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la *Società* non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la *Società* ha diritto:

- a) quando esiste dolo o colpa grave²:

² Art. 1892 Codice Civile.

- di contestare la validità del *contratto* entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare, in caso di *sinistro* e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave³:

- di recedere dal *contratto* entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di *sinistro* e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio accertato.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, il *contratto* non è contestabile per dichiarazioni inesatte o per reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato*, salvo il caso di dolo o colpa grave. L'inesatta indicazione dell'età dell'*Assicurato* comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla *Società*.

Articolo 9 - Cessione, pegno, vincolo

Cos'è la cessione?

La cessione è il trasferimento dei diritti e doveri del *contratto* dal *Contraente* ad un'altra persona che accetta di assumere il ruolo di *Contraente* del *contratto* stesso.

Cos'è il pegno?

Il *Contraente* può usare il prodotto come garanzia di un impegno finanziario sottoscritto con un soggetto terzo (ad esempio una banca o una finanziaria) che diventa creditore pignoratizio, cioè un soggetto a favore del quale è stato istituito il pegno.

Ad esempio, se il *contratto* è stato dato in pegno e si verifica il decesso dell'*Assicurato*, la *Società* privilegerà il creditore pignoratizio nel pagamento della relativa prestazione, fermi i limiti di spettanza di quest'ultimo e di capienza del *contratto*.

Cos'è il vincolo?

Il vincolo di una *polizza* è una particolare condizione contrattuale che assegna privilegi al soggetto in favore del quale è stato istituito il vincolo, tra i quali la possibilità di ottenere per primo le prestazioni previste dal *contratto* rispetto ad altri *Beneficiari*.

Ad esempio, se il *contratto* è soggetto a vincolo e si verifica il decesso dell'*Assicurato*, la *Società* privilegerà il soggetto in favore del quale è istituito il vincolo nel pagamento della relativa somma dovuta in base al *contratto*.

Il *Contraente* può cedere ad altri il *contratto*, così come può darlo in pegno o comunque vincolarne le somme assicurate.

Questi atti diventano efficaci solo dopo che la *Società*, dietro comunicazione scritta del *Contraente*, ne abbia fatto annotazione sull'originale della *polizza* o su apposita *appendice*.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Articolo 10 - Beneficiari

Il *Contraente* designa i *Beneficiari* e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione per iscritto⁴. Le eventuali dichiarazioni di *revoca* o modifica dei *Beneficiari* devono essere comunicate per iscritto alla *Società* o fatte per testamento.

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

- dopo che il *Contraente* e i *Beneficiari* abbiano dichiarato per iscritto alla *Società*, rispettivamente la rinuncia al potere di *revoca* e l'accettazione del beneficio (c.d. "beneficio accettato");
- dopo la morte del *Contraente*;

³ Art. 1893 Codice Civile.

⁴ Artt. 1920 e 1921 Codice Civile.

c. dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione delle prestazioni, i *Beneficiari* abbiano comunicato per iscritto alla *Società* di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi l'esercizio delle opzioni a scadenza e le operazioni di riscatto, prestito, *recesso*, cessione, pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei *Beneficiari*.

Articolo 11 - Prestiti

Il *Contraente*, se in regola con il pagamento dei premi, può ottenere prestiti dalla *Società* entro il valore di riscatto maturato.

La *Società* indica, nell'atto di prestito, condizioni e tasso di interesse applicati.

Articolo 12 - Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente *contratto* il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del *Contraente* o del *Beneficiario* o dei loro aventi diritto.

Per le controversie relative al *contratto*, prima di agire in giudizio, è obbligatorio effettuare un tentativo di mediazione⁵.

Articolo 13 - Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative al *contratto* sono a carico del *Contraente* o dei *Beneficiari* o degli aventi diritto.

Articolo 14 - Valuta contrattuale

Il *contratto* è stipulato in Euro.

Modalità per la liquidazione delle prestazioni

Articolo 15 - Riduzione e Riscatto

Il mancato pagamento dei premi da parte del *Contraente* comporta la risoluzione del contratto (vedi articolo 4). Se però risultano versate almeno:

- una annualità di premio (se il *contratto* ha una *durata del differimento* inferiore o uguale a dieci anni);
- due annualità di premio (se il *contratto* ha una *durata del differimento* superiore a dieci anni ma inferiore o uguale a venti anni);
- tre annualità di premio (se il *contratto* ha una *durata del differimento* superiore a venti anni).

Se dopo la riduzione/riscatto parziale del *contratto* la rendita annua residua è inferiore a € 240,00 (€ 20,00 mensili) in luogo della riduzione verrà corrisposto il valore di riscatto.

Dopo l'inizio della corresponsione della rendita il *Contraente* non può più risolvere il *contratto*.

Nel corso del *differimento* il *Contraente* può richiedere il *riscatto* totale o parziale del *contratto* a condizione che sia almeno trascorso il primo *anno assicurativo*.

Il valore di riscatto è calcolato sulla base della prestazione ridotta e non corrisponde alla somma di tutti i premi versati a causa della copertura assicurativa offerta e dei costi sostenuti dalla *Società* e si calcola secondo le basi tariffarie.

Gli importi individuali di riscatto totale riferiti al singolo *contratto* sono riportati in *polizza* (Allegato RP1) e formano parte integrante del *contratto*.

Articolo 16 - Opzioni di conversione in rendita alla scadenza del contratto

Alla scadenza del *periodo di differimento*, la *Società*, su richiesta del *Contraente*, può convertire la prestazione dell'*assicurazione principale* in una delle forme di seguito elencate:

⁵ Artt. 4 e 5 commi 1 del D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98.

- a) un capitale liquidabile in unica soluzione nella misura indicata in *polizza*, rivalutato per mezzo della partecipazione agli utili della *Società* ;
- b) una *rendita vitalizia* di maggiore importo, mediante anticipazione di parte degli utili previsti per il futuro, denominata “Rendita Bonus”, con garanzia del capitale residuo in caso di morte dell’*Assicurato* durante il godimento della *rendita vitalizia*,

secondo le disposizioni di cui all’art. 2.

L’opzione di conversione in rendita può essere esercitata 90 giorni prima della scadenza contrattuale purché l’*Assicurato* sia in vita.

I parametri di conversione (coefficienti) per la determinazione della rendita, saranno quelli in vigore al momento della richiesta di conversione e saranno preventivamente sottoposti all’approvazione del *Contraente* che ha la facoltà di non accettarli, revocando così la richiesta.

La *Società* fornisce per iscritto all’avente diritto – al più tardi 60 giorni prima della data prevista per l’esercizio dell’opzione – una descrizione sintetica di tutte le opzioni esercitabili, con l’evidenza dei relativi costi e condizioni economiche.

Se l’avente diritto manifesta il proprio interesse per una delle suddette opzioni, la *Società* trasmette, prima dell’esercizio dell’opzione, il *Set informativo* relativo alle coperture assicurative dell’opzione scelta.

Le *rendite vitalizie* non possono essere riscattate durante il periodo di erogazione.

Articolo 17 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della *Società* debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l’effettiva esistenza dell’obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

Documentazione	Causa di scioglimento	
	Morte	Riscatto
Originale di <i>polizza</i> ed eventuali <i>appendici</i>	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale del <i>Beneficiario/Contraente</i>	SI	SI
Documento di identità e codice fiscale dell’ <i>Assicurato</i>	---	SI
Certificato di esistenza in vita del <i>Beneficiario</i>	SI	SI
Certificato di morte dell’ <i>Assicurato</i> (entro 60 giorni dall’evento)	SI	---
Relazione medica sulle cause del decesso dell’ <i>Assicurato</i>	SI	---
Atto notorio di successione per l’individuazione degli aventi diritto	SI	---
Eventuale copia del testamento pubblicato	SI	---
Decreto del Giudice Tutelare se l’avente diritto è persona minore o incapace	SI	---

Se la *polizza* è vincolata (oppure costituita in pegno), la richiesta della prestazione, oltre che dall’avente diritto (*Contraente* o *Beneficiario*), deve essere sottoscritta anche dal soggetto vincolatario che deve indicare l’entità della sua pretesa sulla *polizza* o, essendo cessate le ragioni di vincolo o pegno, il suo espresso consenso alla liquidazione integrale delle prestazioni in favore del *Contraente* o *Beneficiario*.

Se l’originale di *polizza* (e/o relative *appendici*) non è più disponibile, l’avente diritto deve presentare l’originale della denuncia di smarrimento fatta all’Autorità Giudiziaria.

La *Società*, se il singolo caso presenta particolari esigenze istruttorie, può richiedere tempestivamente ulteriori documenti.

Per i pagamenti conseguenti al decesso, gli aventi diritto devono inoltre consegnare ogni altro documento di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario necessario per verificare l’esattezza e la completezza delle dichiarazioni del *Contraente* e dell’*Assicurato* relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio.

In ogni caso, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la *Società* mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei *Beneficiari*/aventi diritto.

Le rendite vitalizie vengono pagate alle ricorrenze previste dietro esibizione, su richiesta della *Società*, di un valido documento comprovante l'esistenza in vita dell'*Assicurato*.

Ogni pagamento viene effettuato presso le sedi della *Società* a ciò autorizzate.

La richiesta della *prestazione assicurata* deve essere comunicata a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata alla *Società*:

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG

Direzione per l'Italia - Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 112 • I-00147 Roma

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER LA COPERTURA PROVVISORIA IMMEDIATA

(CAA Mod. 61A • ed. 12/2019)

La presente condizione aggiuntiva, operante solo se richiamata in polizza, è una parziale deroga a quanto disposto dagli articoli delle *Condizioni di assicurazione* di seguito indicati in merito all'entrata in vigore dell'assicurazione:

Articolo	Tariffa	Nome prodotto
6	CaRR	Oggi per domani
6	BR	Risparmio dinamico

Prestazione assicurata

Se il premio iniziale è stato pagato alla sottoscrizione della *proposta*, l'assicurazione per il caso di morte, se prevista dalla specifica tariffa, è concessa con copertura provvisoria immediata, fermo quant'altro disciplinato dalle condizioni dell'*assicurazione principale* e delle assicurazioni accessorie e complementari.

Somme assicurate

In caso di *sinistro*, la copertura provvisoria è valida per una somma massima di € 77.000,00 in cumulo con l'assicurazione accessoria per il caso di morte e con l'*assicurazione complementare* morte da *infortunio*, anche se sono state pattuite somme maggiori sulla vita dell'*Assicurato*.

Operatività della garanzia

La copertura provvisoria immediata viene concessa dalla *Società* se al momento della *proposta* l'assicurando è pienamente abile al lavoro e non è sottoposto a controlli medici o a trattamenti terapeutici.

Entrata in vigore

La copertura provvisoria ha effetto:

- dalle ore 24 del giorno in cui la *Società* o l'Agenzia della *Società* ricevono la *proposta* sottoscritta dal *Contraente*; oppure
- dalla data di inizio del *contratto* risultante dalla *proposta*, se successiva.

Cessazione

La copertura provvisoria cessa:

- con la conclusione del *contratto*;
- con il rifiuto della *proposta* da parte della *Società*;
- decorsi 45 giorni dalla data di effetto come sopra indicata.

Pagamento del premio

Se la *prestazione assicurata* è dovuta in base alla copertura provvisoria, il premio della prima annualità deve essere corrisposto per intero anche quando ne sia stato convenuto il pagamento in rate subannuali.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

(CAA Mod. 62A • ed. 12/2019)

La presente condizione aggiuntiva, operante solo se richiamata in polizza, è una parziale deroga a quanto disposto dagli articoli delle *Condizioni di assicurazione* di seguito indicati in merito alla rateazione del premio:

Articolo	Tariffa	Nome prodotto
3	CaRR	Oggi per domani
3	BR	Risparmio dinamico

In alternativa al pagamento del premio con periodicità annuale, il *Contrante* può scegliere una frequenza di pagamento semestrale, trimestrale o mensile. In tal caso il pagamento del premio è gravato dai seguenti costi:

semestrale	1,00 %
trimestrale	2,00 %
mensile	3,00 %

Il pagamento mensile è concesso solo per le polizze collocate tramite banca.

Per le assicurazioni complementari, il premio dell'annualità assicurativa in corso al momento di un *sinistro* è sempre dovuto per intero anche se ne sia stato convenuto il pagamento in rate subannuali.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO

(CAA Mod. 63A • ed. 12/2019)

La presente condizione aggiuntiva, operante solo se richiamata in polizza, è una parziale deroga a quanto disposto dagli articoli delle *Condizioni di assicurazione* di seguito indicati in merito al luogo ed alle modalità del pagamento del premio:

Articolo	Tariffa	Nome prodotto
3	CaRR	Oggi per domani
3	BR	Risparmio dinamico

Il premio dovuto alla conclusione del contratto deve essere pagato in uno dei seguenti modi:

- bonifico bancario su un conto della *Società*; oppure con
- assegno bancario o circolare, intestato a **WIENER STÄDTISCHE AG** barrato e reso non trasferibile. L'assegno può essere consegnato all'Agenzia presso la quale è stato stipulato il *contratto*, che provvederà successivamente all'inoltro alla *Società*, o inviato direttamente alla *Società*.

La *Società* non risponde in nessun caso di assegni emessi a favore di un beneficiario diverso da "WIENER STÄDTISCHE AG" né di pagamenti effettuati, senza preventivo benestare, con mezzi diversi dall'assegno bancario o circolare o dal bonifico.

Il pagamento si intende effettuato nel momento in cui la *Società* riceve la comunicazione di accredito del bonifico o l'assegno, salvo il buon fine degli stessi.

I premi successivi devono essere pagati in uno dei seguenti modi:

- a) S.D.D. (SEPA Direct Debit), strumento di pagamento che consente, previa autorizzazione, l'addebito permanente su un conto corrente bancario intestato al *Contraente* o ad altra persona, con valuta certa a favore della *Società*.

I trasferimenti di denaro con S.D.D. si considerano ricevuti dalla *Società* se la banca non ne evidenzia il mancato accredito. In tale caso, a meno di errori di allineamento dei dati che la *Società* può comunque rettificare, il pagamento viene convenzionalmente considerato effettuato alle ore 24 della data di scadenza della rata cui si riferisce;

- b) MAV bancario, con bollettini pagabili presso banche ed uffici postali, inviati al domicilio del *Contraente* della *Società*. I pagamenti con MAV sono considerati come avvenuti alle ore 24 del giorno indicato sulla ricevuta del *Contraente* dal timbro datario dalla banca o dall'ufficio postale.
- c) altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di rate insolute, a meno che il *Contraente* non voglia ridurre la prestazione, il premio o i premi scaduti devono essere pagati con bonifico o assegno. (per il mancato o ritardato pagamento dei premi vedi nelle *Condizioni di assicurazione* Articolo 4 - Interruzione del pagamento dei premi e Articolo 5 - Ripresa del pagamento dei premi; riattivazione).

Il *Contraente* in ogni caso, per giustificare il mancato pagamento dei premi, non può contestare:

- eventuali disguidi di funzionamento delle procedure S.D.D.;
- la mancata ricezione di avvisi di scadenza.

Condizioni particolari della

**ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DELL'ESONERO DAL
PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INABILITÀ CONSEGUENTE
A MALATTIA O INFORTUNIO**

(Tariffa 9E • CPA Mod. 54A - ed. 12/2019)

Premessa

Al momento della sottoscrizione del *contratto*, in abbinamento all'*assicurazione principale*, è possibile sottoscrivere anche la presente *assicurazione complementare*, valida se espressamente richiamata in *polizza* e se è stato pagato il relativo premio.

Per questa *assicurazione complementare* *Assicurato* e *Contraente* devono coincidere ed avere un'età massima di 50 anni al momento della conclusione del presente *contratto*.

Perciò, nelle presenti *Condizioni particolari*, il termine *Assicurato* designerà la persona fisica come sopra individuata a favore della quale, a seconda del caso, è operante questa *assicurazione complementare*.

Questa *assicurazione complementare* non prevede prestazione ridotta né un valore di riscatto e non dà diritto alla partecipazione agli utili della *Società*.

All'*assicurazione complementare* si applicano le *condizioni* dell'*assicurazione principale* - comprese le *condizioni aggiuntive*, se richiamate - in quanto compatibili ed in quanto non derogate da queste *Condizioni particolari*.

ARTICOLO 1 - Prestazione assicurata

In caso di *infortunio* o *malattia* dell'*Assicurato*, che abbia come conseguenza un'inabilità totale al lavoro, l'*Assicurato* è esonerato dal pagamento dei premi relativi all'*assicurazione principale* in scadenza successivamente al 42° giorno di inabilità lavorativa ininterrotta (c.d. periodo di franchigia) e fino al termine della stessa.

Per inabilità al lavoro si intende la perdita totale della capacità dell'*Assicurato* di svolgere la sua professione o il suo mestiere e ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini, conoscenze e capacità presunte, dovuta a:

- una *malattia* evidente; o
- un *infortunio*; o
- diminuzione delle capacità psichiche o fisiche.

Per gli *Assicurati* di sesso femminile, si considera professione o attività produttiva di un reddito anche la cura della propria famiglia. La gravidanza e le eventuali conseguenze del parto fisiologico non sono mai considerate *malattia*.

ARTICOLO 2 - Pagamento del premio

L'*assicurazione complementare* prevede il pagamento di un *premio annuo* anticipato indicato in *polizza*.

Il premio, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto:

- . nella stessa rateazione prevista per il pagamento dei premi dell'*assicurazione principale*;
- . a partire dall'inizio del *contratto* e per tutta la *durata* stabilita o fino alla morte dell'*Assicurato*, se questa avviene prima della scadenza del *contratto*.

ARTICOLO 3 - Decorrenza, scadenza ed estinzione dell'assicurazione complementare

L'*assicurazione complementare* ha la stessa decorrenza e scadenza dell'*assicurazione principale*.

L'*assicurazione complementare* cessa alla fine dell'*anno assicurativo* in cui l'*Assicurato* compie 65 anni: gli eventuali premi scaduti successivamente ed incassati, verranno restituiti al netto delle imposte.

L'*assicurazione complementare* si estingue ed i premi pagati restano acquisiti dalla *Società*:

- a) in caso di interruzione o cessazione, per qualsiasi causa, del pagamento del premio dell'*assicurazione complementare*;

- b) in seguito a interruzione o cessazione, per qualsiasi causa, salvo il caso di esonero del pagamento del premio dell'*assicurazione principale*.

Se l'*assicurazione principale*, estinta o in riduzione, viene riattivata e le assicurazioni complementari rientrano in vigore, non possono essere avanzate pretese relative alle assicurazioni complementari per eventi verificatisi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

ARTICOLO 4 - Limitazioni della garanzia e pratica sportiva

L'*assicurazione complementare* non copre la perdita parziale della capacità lavorativa e non copre altresì le conseguenze di:

- a) autolesionismo intenzionale o lesioni riportate con colpa grave, tentato suicidio;
- b) malattie contratte o ferite riportate in seguito alla partecipazione a eventi bellici o alla partecipazione attiva a tumulti, sommosse, insurrezioni popolari;
- c) malattie e perdita di forze intenzionalmente procurate;
- d) delitti dolosi commessi dall'*Assicurato*.

Non sono inoltre coperte le malattie o le lesioni causate da:

- e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'*Assicurato* è privo dell'abilitazione alla guida;
- f) pratica, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) esercizio dell'attività di pilota di qualunque tipo di mezzo aereo;
- i) utilizzo, anche come trasportato, di aeromobili speciali quali ad esempio: alianti, parapendii, deltaplani, mongolfiere, ultraleggeri e simili, nessuno escluso o eccettuato;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- k) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), catastrofe nucleare;
- m) conseguenti a bradisismo, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, mareggiate, cedimento, franamento e smottamento del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati.

L'assicurazione vale per la *pratica sportiva* a livello non professionale di tutti gli sport eccetto: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, kick-boxing, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, heliskiing o altre varianti estreme, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, torrentismo, speleologia, rafting, rugby, football americano, bungee jumping, hockey (nelle sue varie forme), motonautica, automobilismo, rally, autocrash, autocross, autoslalom, motociclismo, bob, sport aerei e motonautici in genere, vela d'altura corsa in montagna, immersioni con autorespiratore, immersioni notturne, immersioni nel ghiaccio, immersioni in corrente, immersioni in grotte.

Per i seguenti sport: baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis, l'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare (e relative prove e allenamenti) alla duplice condizione che queste:

- non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti
- non costituiscano, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'*Assicurato*.

Modalità per la liquidazione delle prestazioni

ARTICOLO 5 - Denuncia dell'inabilità, richiesta di riconoscimento e obblighi dell'Assicurato

In caso di inabilità, l'*Assicurato* deve inviare una comunicazione scritta alla *Società* tramite raccomandata per richiederne il riconoscimento, entro quattro settimane dalla scadenza del periodo di franchigia.

Se la denuncia viene presentata oltre tale termine e la *Società* riconosce lo stato di inabilità totale, la prestazione decorre dalla data della denuncia sempre che, a quel momento, lo stato di inabilità sia ancora in corso.

Ala comunicazione devono essere allegati:

- un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della *malattia* o della lesione che ha prodotto l'inabilità in cui si precisa altresì la data di insorgenza dell'inabilità e la sua prevedibile durata;
- eventuali certificazioni delle strutture sanitarie cui l'*Assicurato* abbia fatto ricorso;
- ogni altra certificazione sanitaria che la *Società* riterrà necessaria.

L'inosservanza di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo⁶.

L'*Assicurato* deve fornire tutte le informazioni sulle cause e sulle conseguenze dell'inabilità e deve consentire alla *Società* tutte le indagini e gli accertamenti che questa giudichi opportuni. A tal fine l'*Assicurato* libera dal segreto professionale i medici cui si sia rivolto a qualunque titolo.

Entro 30 giorni dall'acquisizione di tutta la documentazione necessaria, la *Società* comunica per iscritto all'*Assicurato* se riconosce lo stato di inabilità totale e se concede l'esonero dal pagamento del *premio*.

Se la *Società* riconosce l'esenzione, può richiedere all'*Assicurato*:

- alla scadenza di ogni *premio*, ulteriore documentazione e certificazioni mediche che attestino la persistenza ininterrotta dell'inabilità totale finché non venga accertata un'inabilità permanente.
- in qualsiasi momento e a proprie spese, di sottoporsi eventualmente ad un controllo eseguito da un proprio medico fiduciario.

Entro quattro settimane dalla fine dell'inabilità totale al lavoro, l'*Assicurato* deve comunicarlo alla *Società* allegando ulteriore certificazione medica attestante tale situazione.

Se l'*Assicurato* non esegue puntualmente gli adempimenti successivi al riconoscimento dell'inabilità e al termine della stessa, il diritto all'esonero dal pagamento del premio decade, con effetto retroattivo, dalla data che la *Società* aveva convenuto essere quella di inizio dell'inabilità al lavoro.

In tale caso l'*Assicurato* è obbligato a restituire alla *Società* tutti i premi da cui esso è stato esonerato come se la presente assicurazione non fosse stata mai operante.

ARTICOLO 6 - Liquidazione della prestazione

Se viene accertato il diritto all'esonero, per ogni giorno di inabilità la *Società* deduce, dall'ammontare del premio dovuto, la trecentosessantacinquesima parte del *premio annuo* previsto dal *contratto*, con riferimento all'*anno assicurativo* nel quale cade il giorno di esonero.

Il premio esonerato, calcolato come sopra, comprende l'eventuale addizionale di frazionamento se il pagamento è convenuto in rate sub-annuali.

Il premio esonerato non comprende la rata degli interessi dovuti in conseguenza di prestiti accesi sull'*assicurazione principale*.

Esempio:

- *data di decorrenza* della polizza = 15/3/2019
- rateazione premio = annuale
- data di esonero = 10/09/2019
- ricorrenza annuale successiva della polizza = 15/3/2020
- giorni intercorrenti tra data di esonero e *data di decorrenza* successiva = 187
- *premio annuo* previsto dal *contratto* = € 300
- importo premio esonerato = € 300/365 * 187 = € 153

⁶ Art. 1915 Codice Civile

Condizioni particolari della

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI

(Tariffa 9A / 9B • CPA Mod. 53A - ed. 12/2019)

Premessa

Al momento della sottoscrizione del *contratto*, in abbinamento all'*assicurazione principale*, è possibile sottoscrivere anche la presente *assicurazione complementare*, valida se espressamente richiamata in *polizza* e se è stato pagato il relativo premio.

Questa *assicurazione complementare* è operante a favore dell'*Assicurato* indicato in *polizza* limitatamente alle garanzie ivi richiamate.

L'*assicurazione complementare* contro gli infortuni non consente la possibilità di maturare una somma ridotta né il riscatto. Inoltre non dà diritto alla partecipazione agli utili della *Società*.

All'*assicurazione complementare* si applicano le *condizioni* dell'*assicurazione principale* - comprese le *condizioni aggiuntive*, se richiamate - in quanto compatibili e in quanto non derogate dalle norme delle presenti disposizioni.

ARTICOLO 1 - Operatività delle garanzie

La presente *assicurazione complementare* vale per gli infortuni che si verificano durante il periodo di validità del *contratto* e per le somme indicate in *polizza*.

L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni del *Contraente* sull'attività professionale svolta dall'*Assicurato* indicata nella *proposta* dell'*assicurazione principale*.

La garanzia vale per gli infortuni che l'*Assicurato* subisce:

- a) nell'ambito dell'attività professionale dichiarata;
- b) nello svolgimento di ogni altra normale attività legata alla vita privata che non abbia caratteristiche di professionalità.

L'indennizzo non è dovuto se l'*Assicurato* svolge, in via principale, secondaria o occasionale, una o più delle attività professionali indicate nell'allegato 1 alle presenti *Condizioni Particolari*.

ARTICOLO 2 - Prestazioni assicurate

La presente *assicurazione complementare* comprende le seguenti garanzie se richiamate in *polizza*:

Morte da infortunio (Tariffa 9A)

Se l'*infortunio*, indennizzabile a termini di *polizza*, ha come conseguenza la morte dell'*Assicurato*, la *Società* corrisponde la somma assicurata per il caso morte, se la morte si verifica entro un anno dalla data dell'*infortunio*.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello spettante per l'*invalidità permanente*. Tuttavia, se l'indennizzo per *invalidità permanente* è stato pagato, ma l'*Assicurato* muore entro un anno dal giorno dell'*infortunio* e in conseguenza di questo, i *Beneficiari* o, in mancanza di designazione, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'*Assicurato* e l'indennizzo già pagato all'*Assicurato* per l'*invalidità permanente*, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

Invalidità permanente da infortunio (Tariffa 9B)

A seguito di *infortunio*, indennizzabile a termini di *polizza*, che comporti un'*invalidità permanente*, la *Società* liquida l'indennità sulla somma assicurata per *invalidità permanente* assoluta applicando le percentuali previste dalla tabella riportata all'articolo 10, indipendentemente dalla maggiore o minore capacità lavorativa.

L'indennizzo per *invalidità permanente* è dovuto se questa si verifica entro un anno dalla data dell'*infortunio* e se il grado di *invalidità* accertato è superiore al 5%.

ARTICOLO 3 - Estensioni di garanzia

Sono indennizzabili anche, a condizione che si verifichino indipendentemente dalla volontà dell'*Assicurato*:

- a) l'annegamento e le conseguenze di ustioni, fulmini o scariche elettriche;
- b) le conseguenze dell'inalazione di gas, fumi o vapori, nonché l'avvelenamento e le corrosioni conseguenti a ingestione di sostanze velenose o corrosive, salvo il caso che tali eventi si sviluppino gradualmente;
- c) le lussazioni, gli strappi e le lacerazioni – non di organi o vasi interni – conseguenti a sforzi improvvisi e non abituali;
- d) le conseguenze delle infezioni di ferite dovute a *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*;
- e) le lussazioni di arti, gli strappi e lacerazioni di arti, muscoli, tendini, legamenti, nonché delle capsule articolari attorno alla colonna vertebrale;
- f) le conseguenze del tetano e della rabbia, a condizione che siano causate da *infortunio* indennizzabile ai termini di *polizza*;
- g) le conseguenze della poliomielite e della meningo-encefalite provocata dal morso di zecche, nonché della meningo-polineurite conseguente a borreliosi contratta in seguito al morso di zecche, purché la *malattia* sia stata accertata da test serologici e si manifesti 15 giorni dopo la data di inizio dell'assicurazione ma non oltre 15 giorni dopo l'estinzione dell'assicurazione.

Come inizio della *malattia* si considera il giorno nel quale per la prima volta è stato consultato un medico a causa della *malattia* diagnosticata come poliomielite, meningo-encefalite o meningo-polineurite.

La prestazione viene erogata in caso di decesso o *invalidità permanente*, nell'ambito della somma assicurata, con il massimo di € 100.000,00.

- h) gli infortuni conseguenti a infarto cardiaco o colpo apoplettico. In nessun caso tuttavia l'infarto cardiaco e/o il colpo apoplettico sono riconosciuti quale conseguenza di *infortunio*;
- i) le lesioni sofferte in conseguenza di imperizia, imprudenza e negligenze gravi;
- j) l'assideramento e il congelamento che siano conseguenza di *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*;
- k) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana e in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche di terrorismo;
- l) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*;
- m) gli infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso;
- n) le conseguenze di morsi o calci di animali.

Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'*Assicurato* subisce come passeggero di aeromobili adibiti al trasporto di persone.

Tale garanzia non è valida per i membri dell'equipaggio né da chiunque eserciti un'attività lavorativa collegata all'aeromobile.

Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Rinuncia alla rivalsa

La *Società* rinuncia, a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili dell'*infortunio*⁷.

ARTICOLO 4 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- AIDS o sindromi correlate;
- epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, o da altre infermità gravi e permanenti.

Inoltre non sono assicurabili le persone:

⁷ Art. 1916 Codice Civile.

- colpite da *invalidità permanente* di grado superiore al 50%;
- permanentemente inabili al lavoro. C'è inabilità lavorativa totale se, in seguito a *malattia* o infermità, da un punto di vista medico l'*Assicurato* non è in grado di svolgere un'attività lavorativa. Anche in tale caso l'inabilità non sussiste se l'*Assicurato* continua effettivamente a lavorare.
- che svolgono, in via principale, secondaria o occasionale, una o più delle attività professionali indicate nell'Allegato 1 alle presenti *Condizioni Particolari*.

Le persone affette da infermità gravi e permanenti, da mutilazioni o difetti fisici rilevanti, sono assicurabili solo previo consenso della *Società*.

L'assicurazione cessa, senza obbligo della *Società* di corrispondere alcun indennizzo, con il manifestarsi delle predette cause di non assicurabilità nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

ARTICOLO 5 - Esclusioni e limitazioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- a) derivanti da attività dolosa del *Beneficiario*;
- b) conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- c) subiti in seguito a partecipazione dell'*Assicurato* a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare, insurrezioni, disordini, in qualità di agitatore; la copertura è esclusa anche se l'*Assicurato* non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e l'*infortunio* avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se l'*Assicurato* si trovava già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'*Assicurato* implica l'esclusione dalla copertura assicurativa infortuni;
- d) subiti durante il servizio militare volontario in tempo di pace, durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana;
- e) subiti alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'*Assicurato* non è abilitato alla guida in base alle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta da non più di sei mesi;
- f) derivanti dalla pratica, anche amatoriale, di paracadutismo e immersioni con autorespiratore;
- g) conseguenti all'uso, anche come passeggero, di veicoli terrestri o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) conseguenti alla partecipazione, anche come passeggero, a gare o allenamenti su veicoli aerei;
- i) subiti in seguito ad 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 come membro dell'equipaggio. Tale esclusione si estende altresì all'esercizio della pratica del paracadutismo, dell'attività di pilota di specifici velivoli quali, a titolo di esempio: aliante, deltaplano, mongolfiera, parapendio, elicottero, aeromobile militare, ecc. È fatto salvo quanto previsto all'articolo 3;
- j) subiti in seguito a disturbi della coscienza e/o causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- k) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici o cure mediche non resi necessari da *infortunio* indennizzabile ai sensi delle presenti *Condizioni di assicurazione*;
- l) derivanti dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- m) conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- n) subiti in seguito ad atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari, batteriologiche e chimiche; l'esclusione di tale copertura sussiste tanto nel caso in cui l'*Assicurato* partecipi attivamente a tali atti quanto nel caso in cui ne resti vittima incolpevole;
- o) conseguenti a bradisismo, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, mareggiate, cedimento, franamento e smottamento del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati;
- p) derivanti da suicidio.

Le malattie non sono mai riconosciute come *infortunio*; le malattie infettive non sono riconosciute come conseguenza di un *infortunio* a meno di quanto disposto all'articolo 3, lettere g) ed h).

Pratica sportiva

L'assicurazione vale per la *pratica sportiva* a livello non professionale di tutti gli sport eccetto: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, kick-boxing, guidoslitta, alpinismo oltre il terzo grado, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, heliskiing o altre varianti estreme, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, canyoning, torrentismo, speleologia, rafting, rugby, football americano, bungee jumping, hockey (nelle sue varie forme), motonautica, automobilismo, rally, autocrash, autocross, autoslalom, motociclismo, bob, sport aerei e motonautici in genere, vela d'altura corsa in montagna, immersioni con autorespiratore, immersioni notturne, immersioni nel ghiaccio, immersioni in corrente, immersioni in grotte.

Per i seguenti sport: baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, equitazione, sci, sci nautico, tennis, l'assicurazione vale per la partecipazione a corse e gare (e relative prove e allenamenti) alla duplice condizione che queste:

- non siano svolte da iscritti alle rispettive Federazioni come professionisti o semiprofessionisti
- non costituiscano, a qualsiasi titolo, fonte di reddito per l'Assicurato.

ARTICOLO 6 - Pagamento del premio

L'assicurazione *complementare* prevede il pagamento di un *premio annuo* anticipato indicato in *polizza*.

Il *premio annuo*, comprensivo di accessori e imposte, deve essere corrisposto:

- nella stessa rateazione dell'*assicurazione principale*;
- a partire dall'inizio del *contratto* e per tutta la durata stabilita o fino alla morte dell'Assicurato se avviene prima della scadenza del *contratto*.

ARTICOLO 7 - Decorrenza, scadenza ed estinzione dell'assicurazione complementare

L'assicurazione *complementare* ha la stessa decorrenza e scadenza dell'*assicurazione principale* e può essere sottoscritta per *Assicurati* con età non superiore a 70 anni al momento della conclusione del presente *contratto*.

L'assicurazione *complementare* cessa alla fine dell'anno assicurativo nel quale l'Assicurato compie 75 anni: gli eventuali premi scaduti successivamente ed incassati verranno restituiti, al netto delle imposte.

L'assicurazione *complementare* si estingue ed i premi pagati restano acquisiti dalla *Società*:

- a) in caso di interruzione del pagamento dei relativi premi;
- b) in seguito a interruzione o cessazione del pagamento del premio dell'*assicurazione principale*;
- c) in caso di *recesso* in seguito a *sinistro* ai sensi dell'articolo 8 delle presenti *Condizioni Particolari*.

Se l'*assicurazione principale*, estinta o in riduzione, viene riattivata e le assicurazioni complementari rientrano in vigore, non possono essere avanzate pretese relative alle assicurazioni complementari per cause verificatesi nel periodo di interruzione della copertura assicurativa.

ARTICOLO 8 - Recesso in seguito a sinistro

Dopo ogni denuncia di *sinistro* e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, le parti possono recedere dal *contratto* con preavviso di 30 giorni.

In caso di *recesso* della *Società*, questa rimborsa al *Contraente*, entro 15 giorni dalla data di efficacia del *recesso*, la quota di *premio*, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Se recede il *Contraente*, la *Società* avrà diritto a trattenere il premio relativo all'annualità in corso al momento del *recesso*.

ARTICOLO 9 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi in caso di sinistro

La denuncia del *sinistro* deve essere fatta per iscritto, all'agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società*, dall'Assicurato, dal *Contraente* o dagli aventi diritto, entro 7 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza⁸, indicando luogo, giorno, ora, causa dell'evento e modalità di accadimento ed allegando il certificato medico attestante la natura della lesione, la prognosi, l'eventuale necessità di *ricovero* o di intervento.

⁸ Art. 1913 Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo⁹.
 Avvenuto all'*infortunio*, l'*Assicurato* deve sottoporsi ad adeguate terapie mediche documentando il decorso con certificati medici fino alla sua guarigione.
 L'*Assicurato* o, in caso di morte, i *Beneficiari*, devono consentire alla *Società* tutte le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici e le strutture sanitarie cui l'*Assicurato* si sia rivolto a qualunque titolo.
 In caso di decesso dell'*Assicurato*, gli aventi diritto devono denunciare il decesso entro 3 giorni tramite telegramma anche se è già stato denunciato l'*infortunio*.
 L'incompleta o la mancata osservanza degli adempimenti richiesti all'*Assicurato* avrà per conseguenza la ritardata definizione del *sinistro*.

ARTICOLO 10 - Disposizioni per la determinazione del grado di invalidità

L'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata per *invalidità permanente* tenendo conto del grado di *invalidità permanente* accertato dalla *Società* facendo riferimento ai valori ed ai criteri sottoelencati, indipendentemente dalla maggiore o minore capacità lavorativa.

a) Perdita totale, fisica o funzionale, di:

– un arto superiore dall'articolazione della spalla	80%
– arto superiore fino al di sopra dell'articolazione del gomito	75%
– articolazione di un gomito	70%
– un arto superiore al di sotto dell'articolazione del gomito o una mano	60%
– un pollice	20%
– un indice	10%
– un altro dito	5%
– un arto inferiore fino al di sopra della metà della coscia	70%
– un arto inferiore fino alla metà della coscia	60%
– un arto inferiore fino alla metà del polpaccio, o un piede	50%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	2%
– capacità visiva di entrambi gli occhi	100%
– capacità visiva di un occhio	50%
se la capacità visiva dell'altro occhio era già venuta meno prima del verificarsi dell'evento assicurato	65%
– udito di entrambe le orecchie	80%
– udito di un orecchio	30%
se l'udito dell'altro orecchio era già compromesso prima del verificarsi dell'evento assicurato	50%
– olfatto	10%
– gusto	10%

Valgono inoltre le seguenti disposizioni:

b) in caso di perdita parziale – anatomica o funzionale – degli organi o dei sensi di cui sopra le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione.

In caso di limitazioni funzionali degli arti superiori o inferiori la percentuale riferita all'intera estremità si applica in proporzione;

⁹ Art. 1915 Codice Civile.

c) se non è possibile stabilire il grado di *invalidità* in base alle disposizioni della lettera a), si considera la misura in cui è pregiudicata la funzionalità fisica dal punto di vista medico.

Si sommano le percentuali risultanti dalle lettere a) e c), fermo restando il disposto della lettera g).

d) in caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o sensi, il totale delle percentuali raggiunte non può comunque superare il 100%;

e) se il grado di *invalidità permanente*, determinato secondo le disposizioni del presente articolo, lettere da a) a c), è superiore al 50%, sulla quota eccedente il 50% la prestazione viene raddoppiata;

f) nel corso del primo *anno assicurativo* la prestazione per *invalidità permanente* avviene soltanto se la natura e la misura delle conseguenze dell'*infortunio* da un punto di vista medico sono accertate in modo univoco.

Se il grado dell'*invalidità* non è definito in modo univoco, ogni anno ma entro il 4° anno dall'*infortunio* sia l'*Assicurato* sia la *Società* possono fare ricalcolare il grado di *invalidità* da un consulente medico; dopo il 2° anno dall'*infortunio* tale procedura può essere affidata anche ad un Collegio medico. Se con questa procedura si ottiene una prestazione per *invalidità* superiore a quella eventualmente già anticipata, sulla differenza sono dovuti gli interessi nella misura del tasso legale dalla data dell'anticipazione.

g) in caso di morte dell'*Assicurato*:

- conseguente all'*infortunio* ed avvenuta entro 1 anno dall'*infortunio* stesso, la prestazione per *invalidità* non è dovuta;
- non conseguente all'*infortunio* ed avvenuta entro 1 anno dall'*infortunio* stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti;
- conseguente o non all'*infortunio* ed avvenuta oltre 1 anno dall'*infortunio* stesso, la prestazione è dovuta secondo il grado dell'*invalidità permanente* in base agli ultimi accertamenti eseguiti.

ARTICOLO 11 - Criteri di indennizzabilità

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

Se tuttavia:

a) le conseguenze dell'*infortunio* sono influenzate da malattie o infermità indipendenti dal *sinistro*, la prestazione viene ridotta in proporzione all'incidenza della *malattia* o dell'infermità su dette conseguenze.

Eccettuati gli eventi di cui alla lettera e) dell'art. 3, tale limitazione non si applica ove l'incidenza sulle suddette conseguenze sia inferiore al 25%;

b) l'*infortunio* colpisce parti o organi del corpo già parzialmente danneggiati, compromessi o inutilizzabili o se le conseguenze del *sinistro* provocano l'aggravamento di una insufficienza organica preesistente, la prestazione è proporzionata all'aumento del grado di *invalidità*;

c) l'*Assicurato* è affetto da disturbi psichici o nervosi, la prestazione è pagata solo se questi disturbi sono riconducibili ad una *malattia* organica del sistema nervoso provocata dall'*infortunio* o a epilessia insorta a seguito dell'*infortunio* stesso. I disturbi psichici (nevrosi, psiconevrosi e simili) non sono mai riconosciuti come conseguenze di un *infortunio*;

d) nel caso di ernia del disco intervertebrale la prestazione è pagata solo se è riconducibile ad un'azione meccanica diretta sulla colonna vertebrale e non è un aggravamento di sintomi preesistenti all'*infortunio*;

e) nel caso di ernie addominali ed inguinali di qualsiasi genere la prestazione è pagata solo se direttamente riconducibile ad un'azione meccanica esterna e non a predisposizione.

ARTICOLO 12 - Pagamento dell'indennizzo

La *Società* liquida l'indennizzo dopo due settimane dal momento in cui la causa del *sinistro* e l'ammontare della prestazione sono stati definiti.

Se non ci sono contestazioni sulla causa del *sinistro*, ma non è stato ancora definito l'ammontare della liquidazione entro i suddetti termini, il *Beneficiario* dopo un mese può ottenere un acconto della liquidazione nel limite della somma minima sicuramente dovuta dalla *Società* in base alla documentazione fornita.

ARTICOLO 13 - Controversie ed arbitrato irrituale

In caso di divergenze sul grado di *invalidità permanente* o sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, è possibile demandare per iscritto la decisione a un collegio di tre medici: uno nominato dalla *Società*, uno dal *Contraente* e il terzo di comune accordo. In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio, ossia nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o di domicilio dell'*Assicurato*.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Il Collegio medico, se lo ritiene opportuno, può rinviare al massimo di 2 anni l'accertamento definitivo dell'*invalidità permanente*; entro tale termine può comunque concedere una liquidazione in acconto.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, senza procedure formali, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI NON ASSICURABILI
(cfr. art. 5 – Esclusioni e persone non assicurabili delle Condizioni Particolari)

Non sono assicurabili le persone che svolgano, in via principale, secondaria o occasionale, una o più delle attività professionali di seguito riportate:

- acrobati;
- addetti (operai o non) al trivellamento e/o all'estrazione;
- agenti di Polizia (solamente artificieri, gruppi antiterrorismo, servizi di scorta);
- body guard (privato);
- cavaiooli con uso di mine;
- chimici (o operai specializzati chimici) a contatto con esplosivi, acidi od energia nucleare;
- collaudatori di veicoli (terrestri e aerei) o natanti;
- commercianti (proprietari e/o addetti) di esplosivi;
- commissari di pubblica sicurezza;
- domatori;
- forze armate (solamente militari impegnati in operazioni internazionali o artificieri, gruppi antiterrorismo, servizi di scorta);
- giornalisti e/o reporter impegnati in zone di guerra dichiarata o non dichiarata;
- giostrai;
- guardia di finanza (solamente artificieri, gruppi antiterrorismo, servizi di scorta);
- guardie notturne/giurate;
- guide alpine;
- lavoratori con uso di macchine ed apparecchi con accesso o meno a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature;
- lavoratori (operai) di industria metallurgica;
- marinai e personale marittimo;
- marmisti con accesso a cave;
- minatori;
- osservatori ONU o altre missioni internazionali;
- palombari e sommozzatori;
- piloti in genere e personale di volo;
- pirotecnici;
- speleologi;
- sportivi professionisti e semiprofessionisti (cfr. art 5 delle presenti Condizioni Particolari);
- vigili del fuoco (solamente specialisti quali sommozzatori e simili).

Condizioni particolari di
AGGIORNAMENTO DEL PREMIO
(CPA Mod. 56A – ed. 12/2019)

ARTICOLO 1 - Operatività

Le presenti *Condizioni particolari* sono operanti se il *Contraente* ne ha fatto espressa richiesta:

- prima della conclusione del *contratto*, ovvero
- in occasione di qualunque ricorrenza annuale del *contratto*, con preavviso di 90 giorni.

Alle presenti *Condizioni particolari* si applicano le *Condizioni dell'assicurazione principale* in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme delle presenti disposizioni.

ARTICOLO 2 - Aggiornamento del premio

Il *premio annuo* è soggetto ogni anno ad aggiornamento in base all'indice dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" elaborato dall'ISTAT (di seguito "indice"), in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale:
 - l'indice medio dell'anno solare precedente a quello della data di effetto del *contratto*, se questa cade negli ultimi due quadrimestri dell'anno di calendario.
 - l'indice medio del secondo anno solare precedente, la data di effetto del *contratto*, se questa cade nel primo quadrimestre dell'anno;
- b) l'aggiornamento si effettua per la prima volta raffrontando l'indice di cui alla lettera a) con quello relativo all'anno precedente e aumentando il premio in proporzione;
- c) gli aumenti sono applicati a partire dalla prima ricorrenza annuale del *premio*, successiva all'anno in cui si è verificata la variazione finché la durata residua del *contratto* è superiore a cinque anni. Dopo tale epoca cessa ogni aggiornamento;
- d) per i successivi aggiornamenti si procede analogamente, aumentando l'ultimo premio aggiornato secondo le modalità di cui alle lettere precedenti;
- e) se il raffronto di cui alla lettera b) evidenzia un aumento inferiore al 4%, il premio viene aumentato del 4%;
- f) la percentuale di aumento è arrotondata a un decimale.

In caso di eventuale interruzione della pubblicazione dell'indice, verrà utilizzato un parametro sostitutivo.

ARTICOLO 3 - Aggiornamento della prestazione

Il premio in aumento viene impiegato dalla *Società* quale *premio unico d'inventario* di una *polizza* aggiuntiva in base alla tariffa dell'*assicurazione principale*, all'età dell'*Assicurato* al momento dell'aggiornamento e alla *durata* residua del *contratto*, senza previa verifica dello stato di salute dell'*Assicurato*.

La prestazione di ogni *polizza* aggiuntiva si somma a quella delle altre polizze aggiuntive già operanti per effetto di precedenti aggiornamenti e a quella della *polizza* principale.

L'aggiornamento delle assicurazioni complementari è regolato dall'articolo 5.2 delle presenti *Condizioni particolari*. Al termine di ogni *anno assicurativo*, la *Società* rilascia un'*appendice* alla *polizza* nella quale sono riportati il premio per il successivo *anno assicurativo* e la nuova somma assicurata.

ARTICOLO 4 - Decadenza dell'aggiornamento

Il *Contraente* può rifiutare l'aggiornamento restituendo alla *Società* l'*appendice* di *polizza* entro 1 mese dal suo ricevimento.

L'aggiornamento decade se:

- viene rifiutato per due anni consecutivi;
- il premio viene pagato in ritardo di oltre 3 mesi;
- è attivo l'esonero dal pagamento dei premi ai sensi delle *Condizioni particolari* che regolano detta *assicurazione complementare*.

ARTICOLO 5 - Altre condizioni aggiuntive

Le *Condizioni generali e particolari di assicurazione* che regolano il *contratto* cui il presente allegato si riferisce, le opzioni a scadenza e le condizioni di partecipazione agli utili si applicano anche alle prestazioni delle polizze aggiuntive derivanti dall'aggiornamento del *premio*.

I termini relativi alla limitazione della garanzia in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti o in caso di suicidio decadono contemporaneamente a quelli previsti dalla *polizza* principale.

L'assegnazione degli utili della *Società* alle prestazioni delle *polizze* aggiuntive avviene con le modalità e nei termini previsti dalle *condizioni* dell'*assicurazione principale*, in funzione della residua *durata del contratto*.

Se il *contratto* prevede *assicurazioni complementari*, queste vengono disciplinate come segue:

- a) in caso di *assicurazioni complementari* la cui prestazione è proporzionata a quella dell'*assicurazione principale*, la prestazione dell'*assicurazione complementare* cresce nella stessa misura della prestazione principale. Il conseguente aumento di premio viene calcolato secondo la tariffa dell'*assicurazione complementare*;
- b) in caso di *assicurazione complementare* il cui premio è proporzionato a quello dell'*assicurazione principale*, il premio dell'*assicurazione complementare* cresce nella stessa misura del premio principale. Il conseguente aumento di prestazione viene stabilito secondo la tariffa dell'*assicurazione complementare*.

Appendice normativa

Al fine di agevolare il Contraente/Assicurato nella comprensione delle disposizioni di legge che regolano il presente contratto, riportiamo di seguito il testo degli articoli del Codice Civile e gli altri riferimenti normativi citati nel testo delle Condizioni di assicurazione.

CODICE CIVILE

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1920 Assicurazione a favore di un terzo

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.

La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.

Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Art. 1921 Revoca del beneficio

La designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.

Se il contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il beneficiario ha dichiarato al contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del contraente e la dichiarazione del beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Art. 1924 Mancato pagamento dei premi

Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'articolo 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.

Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

ALTRI RIFERIMENTI NORMATIVI

D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98

Art. 4 Accesso alla mediazione

1. La domanda di mediazione relativa alle controversie di cui all'articolo 2 è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia. In caso di più domande relative alla stessa controversia, la mediazione si svolge davanti all'organismo territorialmente competente presso il quale è stata presentata la prima domanda. Per determinare il tempo della domanda si ha riguardo alla data del deposito dell'istanza.

2. L'istanza deve indicare l'organismo, le parti, l'oggetto e le ragioni della pretesa.

3. All'atto del conferimento dell'incarico, l'avvocato è tenuto a informare l'assistito della possibilità di avvalersi del procedimento di mediazione disciplinato dal presente decreto e delle agevolazioni fiscali di cui agli articoli 17 e 20. L'avvocato informa altresì l'assistito dei casi in cui l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. L'informazione deve essere fornita chiaramente e per iscritto. In caso di violazione degli obblighi di informazione, il contratto tra l'avvocato e l'assistito è annullabile. Il documento che contiene l'informazione è sottoscritto dall'assistito e deve essere allegato all'atto introduttivo dell'eventuale giudizio. Il giudice che verifica la mancata allegazione del documento, se non provvede ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, informa la parte della facoltà di chiedere la mediazione.

Art. 5 Condizione di procedibilità e rapporti con il processo

1. [La Corte Costituzionale, con sentenza 24 ottobre - 6 dicembre 2012, n. 272, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma].

1-bis. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero i procedimenti previsti dal decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179, e dai rispettivi regolamenti di attuazione ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 187-ter del Codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A decorrere dall'anno 2018, il Ministro della giustizia riferisce annualmente alle Camere sugli effetti prodotti e sui risultati conseguiti dall'applicazione delle disposizioni del presente comma. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni.

2. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può disporre l'esperimento del procedimento di mediazione; in tal caso, l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale anche in sede di appello. Il provvedimento di cui al periodo precedente è adottato prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista prima della discussione della causa. Il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione.

2-bis. Quando l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale la condizione si considera avverata se il primo incontro dinanzi al mediatore si conclude senza l'accordo.

3. Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale.

4. I commi 1-bis e 2 non si applicano:

- a) nei procedimenti per ingiunzione, inclusa l'opposizione, fino alla pronuncia sulle istanze di concessione e sospensione della provvisoria esecuzione;
- b) nei procedimenti per convalida di licenza o sfratto, fino al mutamento del rito di cui all'articolo 667 del codice di procedura civile;
- c) nei procedimenti di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile;
- d) nei procedimenti possessori, fino alla pronuncia dei provvedimenti di cui all'articolo 703, terzo comma, del codice di procedura civile;
- e) nei procedimenti di opposizione o incidentali di cognizione relativi all'esecuzione forzata;
- f) nei procedimenti in camera di consiglio;
- g) nell'azione civile esercitata nel processo penale.

5. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, se il contratto, lo statuto ovvero l'atto costitutivo dell'ente prevedono una clausola di mediazione o conciliazione e il tentativo non risulta esperito, il giudice o l'arbitro, su eccezione di parte, proposta nella prima difesa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione e fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo il giudice o l'arbitro fissa la successiva udienza quando la mediazione o il tentativo di conciliazione sono iniziati, ma non conclusi. La domanda è presentata davanti all'organismo indicato dalla clausola, se iscritto nel registro, ovvero, in mancanza, davanti ad un altro organismo iscritto, fermo il rispetto del criterio di cui all'articolo 4, comma 1. In ogni caso, le parti possono concordare, successivamente al contratto o allo statuto o all'atto costitutivo, l'individuazione di un diverso organismo iscritto.

6. Dal momento della comunicazione alle altre parti, la domanda di mediazione produce sulla prescrizione gli effetti della domanda giudiziale. Dalla stessa data, la domanda di mediazione impedisce altresì la decadenza per una sola volta, ma se il tentativo fallisce la domanda giudiziale deve essere proposta entro il medesimo termine di decadenza, decorrente dal deposito del verbale di cui all'articolo 11 presso la segreteria dell'organismo.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

AVVERTENZE IMPORTANTI RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

- a) 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.
- b) Prima della sottoscrizione, il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- c) Anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute; ogni eventuale onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Direzione per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo, 112 • Tel. +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129



WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 333376 i • Capitale sociale interamente versato Euro 10.000.000,00 • Sede: A-1010 Vienna • Schottenring 30 • Rappresentanza Generale per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo 112 • R.E.A. Roma: RM - 928003 • Indirizzo PEC wieneritalia@legalmail.it • Codice fiscale e Partita IVA: 12830730151

Data ricevimento	Numero polizza
------------------	----------------

INTERMEDIARIO	CAB	codice collaboratore
---------------	-----	----------------------

CONTRAENTE

DICHIARA AI FINI "P.E.P." di essere una Persona Esposta Politicamente (Dichiarazione da ribadire nel Modulo Antiriciclaggio) NO SI

DICHIARA AI FINI "FATCA" e "CRS" di essere soggetto ad imposta esclusivamente in ITALIA e non negli Stati Uniti o in altri Stati NO SI

1	Cognome	Nome	Professione principale / attività secondaria		Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		Data di nascita GG MM AA			
Domicilio attuale (INDIRIZZO)			Località (COMUNE DI RESIDENZA)		CAP	PROV.	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA
STATO CIVILE			ETA'	ATTIVITÀ ECONOMICA (LEGGE 5.7.91, n. 197)			codice fiscale/Partita IVA			
			SOTTOGRUPPO	RAMO GRUPPO						
Nr. Tel.:										

ASSICURANDO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

2	Cognome	Nome	Professione principale / attività secondaria		Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		Data di nascita GG MM AA			
Domicilio attuale (INDIRIZZO)			Località (COMUNE DI RESIDENZA)		CAP	PROV.	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA
STATO CIVILE			ETA'	ATTIVITÀ ECONOMICA (LEGGE 5.7.91, n. 197)			codice fiscale/Partita IVA			
			SOTTOGRUPPO	RAMO GRUPPO						

DATI CONTRATTUALI

ASSICURAZIONE PRINCIPALE E PRESTAZIONI						
<input type="checkbox"/> CARR/2017 - AC3	DURATA premi	DURATA contratto*	INIZIO DEL CONTRATTO		CAPITALE ASSICURATO O RENDITA	PREMIO ¹⁾
			0	1	€	€

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI E PRESTAZIONI

<input type="checkbox"/> Esonero Pagamento Premi (TAR. 9E) Opzionale se Contraente e Assicurato sono la stessa persona			€
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE INFORTUNI PER MORTE E/O INVALIDITÀ PERMANENTE (TAR. 9A - 9B)		INIZIO DEL CONTRATTO	Premio annuo ass.ne compl.
MORTE (9A)	<input type="checkbox"/> unico <input type="checkbox"/> doppio <input type="checkbox"/> triplo	Come assicurazione principale	€
INVALIDITÀ PERMANENTE (9B)	<input type="checkbox"/> unico <input type="checkbox"/> doppio <input type="checkbox"/> triplo		

INDICIZZAZIONE ANNUA DEL PREMIO CRESCENTE ISTAT MIN. 4%	<input type="checkbox"/> SI	
IMPOSTE SULLE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI	€	Totale €

PREMIO

<input type="checkbox"/> ANNUALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE <input type="checkbox"/> MENSILE (solo per il canale bancario)	Premio di rata alla firma	€
--	---------------------------	---

PAGAMENTO RATE SUCCESSIVE

<input type="checkbox"/> SDD MANDATO PER ADEBITO DIRETTO SEPA DIRECT DEBIT (SDD)	<input type="checkbox"/> MAV BOLLETTINI BANCARI PAGABILI IN TUTTE LE BANCHE E PRESSO GLI UFFICI POSTALI
--	---

*) Il periodo che intercorre fra l'inizio del contratto e la scadenza del contratto stesso

BENEFICIARI**Beneficiario in CASO DI VITA dell'Assicurato a scadenza:****1) Designazione del beneficiario CASO VITA in forma nominativa:**

COGNOME e NOME			% BENEFICIO	SESSO <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		DATA DI NASCITA GG MM AA		
Domicilio attuale (INDIRIZZO)		LOCALITA' (COMUNE DI RESIDENZA)	CAP	PROV.	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA
E-mail:		Telefono fisso:			Cellulare:			
P.E.P. (Persona Esposta Politicamente) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Rapporto con il Contraente <input type="checkbox"/> Appartenente al nucleo familiare; <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/Affari; <input type="checkbox"/> Altro _____			CODICE FISCALE			

2) Designazione del beneficiario CASO VITA in forma non nominativa (da utilizzare solo nel caso in cui il Contraente non voglia designare il beneficiario in forma nominativa):

l'Assicurato oppure il Contraente o, se premorto, l'Assicurato

Beneficiario in CASO DI MORTE dell'Assicurato:**1) Designazione del beneficiario CASO MORTE in forma nominativa:**

COGNOME e NOME			% BENEFICIO	SESSO <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f		DATA DI NASCITA GG MM AA		
Domicilio attuale (INDIRIZZO)		LOCALITA' (COMUNE DI RESIDENZA)	CAP	PROV.	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA			PROV. NASCITA
E-mail:		Telefono fisso:			Cellulare:			
P.E.P. (Persona Esposta Politicamente) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Rapporto con il Contraente <input type="checkbox"/> Appartenente al nucleo familiare; <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/Affari; <input type="checkbox"/> Altro _____			CODICE FISCALE			

Il Contraente richiede di non inviare comunicazioni al beneficiario caso morte, sopra designato in forma nominativa, prima del decesso dell'assicurato.

2) Designazione del beneficiario CASO MORTE in forma non nominativa (da utilizzare solo nel caso in cui il Contraente non voglia designare il beneficiario in forma nominativa):

gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali, oppure il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

AVVERTENZA: IN CASO DI MANCATA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI IN FORMA NOMINATIVA, LA SOCIETA' POTRA' INCONTRARE, AL DECESSO DELL'ASSICURATO, MAGGIORI DIFFICOLTA' NELLA IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEI BENEFICIARI. LA MODIFICA O LA REVOCA DEL BENEFICIARIO DEVE ESSERE COMUNICATA ALLA SOCIETA'.

Identificazione del TERZO REFERENTE, diverso dal beneficiario, da contattare in caso di decesso dell'Assicurato (da utilizzare solo nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza):

COGNOME e NOME		COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA GG MM AA			CODICE FISCALE					
E-mail:		Telefono fisso:			Cellulare:						

PAGAMENTO RATA INIZIALE

ATTENZIONE: Il pagamento del premio iniziale deve avvenire:

- a mezzo assegno bancario o circolare tratto o emesso a favore di "WIENER STADTISCHE AG", barrato e reso NON trasferibile, da consegnarsi, per l'invio alla Società, all'Agenzia presso la quale viene stipulato il contratto, ovvero
- a mezzo bonifico bancario a favore di "WIENER STADTISCHE AG", presso INTESA SANPAOLO S.P.A. – conto corrente bancario numero 10000013017 – ABI 03069 – CAB 12711 – CIN M – IBAN IT20 M 03069 12711 10000013017.

La Società non risponde di assegni emessi o di bonifici effettuati a favore di un ordinario diverso; non risponde altresì di pagamenti effettuati con mezzi diversi o con modalità diverse da quelle sopra descritte.

Riceviamo il seguente

assegno circolare: n. _____ emesso dalla banca: _____

assegno bancario: n. _____ tratto sulla banca: _____

copia ricevuta di avvenuto bonifico effettuato tramite banca: n. _____

numero conto: _____ di Euro _____ che si intende accettato salvo buon fine.

_____, _____
(luogo) (data)

(Timbro e firma Intermediario)

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDOcrocesegnare ciò che interessa!

Si prega di rispondere ad ogni singola domanda!	ASSICURANDO	
Esistono già altre assicurazioni vita, malattia o infortuni o ne ha fatto proposta?	Sì; Quali? Assicuratore? Numero di Polizza?	No
È mai successo che una tale proposta sia stata respinta, accettata con difficoltà, rinviata dall'assicuratore o che un contratto esistente sia stato disdetto?	Sì; di che tipo?	No
E' esposto/a a particolari pericoli, nell' esercizio della Sua professione o nel tempo libero (ad esempio maneggio di sostanze esplosive e/o dannose alla salute, soggiorno in zone pericolose, immersione al di sotto di m. 40, paracadute direzionale o parapendio o altri sport estremi)?	Sì; di che tipo?	No

DICHIARAZIONI SANITARIEcrocesegnare ciò che interessa!

Se lo spazio previsto non basta per la risposta, essa dovrà essere riportata su un foglio supplementare. In questo caso si dovrà fare riferimento al questionario nella proposta!		
Si prega di rispondere ad ogni singola domanda!	ASSICURANDO	
Negli ultimi 10 anni, esistono o esistevano malattie o affezioni (ad esempio del sistema cardiaco – circolatorio, del sangue, dell'apparato digerente, del metabolismo, degli organi respiratori, delle ossa, dei nervi, del fegato, dei reni, delle ghiandole, degli organi sessuali)?	Sì; Da quando? Guarito?	No
Negli ultimi 10 anni è (stato/-a) sottoposto/-a a trattamento per farsi curare, operare o visitare, in un ospedale, in un sanatorio o in una casa di cura?	Sì; Quando? Per quale motivo? Dove?	No
È stato/-a curato/-a a mezzo di radioterapia o chemioterapia?	Sì; Quando? Per quale motivo? Dove?	No
Sono state eseguite analisi, (p. es. di laboratorio, ECG, della pressione arteriosa, radiologiche) devianti dalla norma, un'infezione da HIV o sintomi di un indebolimento del sistema immunitario?	Sì; Quali? Quando?	No
Esiste un'affezione o un difetto (p.es. scoliosi, conseguenze dopo infortuni o poliomielite) o un disturbo dell'udito o della vista?	Sì; Quale?	No
Assume o assumeva regolarmente farmaci o sostanze stupefacenti? È regolarmente sotto cura o sotto controllo medico o psicoterapeutico?	Sì; Quali? Quantità, da e fino a quando? Medico?	No
Consuma o consumava regolarmente bevande alcoliche?	Sì; Quali? Quantità giornaliera?	No
Fuma?	Sì; che tipo? Quantità giornaliera?	No
La Sua altezza e il Suo peso:	cm	kg
Si prega di indicare il Suo medico di famiglia e/o il medico meglio informato sulle Sue condizioni di salute:		

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Acquisite le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016, il/la Contraente, apponendo la firma sottostante, acconsente al trattamento dei dati personali, compresi i dati particolari (p.e. dati relativi allo stato di salute), che lo riguardano, per la fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione, nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti indicati nell'informativa.

- Selezionare questa casella, se acconsente al trattamento dei dati personali per ricevere informazioni circa altri prodotti assicurativi, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group.

(Barrare una o più caselle per indicare la/le modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail telefono fax SMS posta cartacea social network

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma dell'Assicurando _____ Firma del Contraente _____

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Contraente ed il sottoscritto Assicurando, ciascuno per quanto di propria competenza, dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri; **proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione delle precedenti dichiarazioni, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società ritenesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsente inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul suo conto ad altri Enti a fini assicurativi o riassicurativi. **Dichiara, dopo averne preso visione, di accettare le Condizioni di assicurazione Tariffa CARR/2017 – AC3 edizione 12/2019, comprensive del Glossario, che fanno parte del set informativo - comprendente anche il KID, il DIP aggiuntivo IBIP e il presente modulo di proposta - che gli è stato consegnato****

In _____ il _____

Firma dell'Assicurando _____ Firma del Contraente _____

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare espressamente:

- per tutti i contratti, le clausole statuenti le modalità di pagamento dei premi da parte del Contraente e dei pagamenti della Società;
- per i contratti che prevedono il rischio morte, le clausole statuenti il periodo di carenza;
- per i contratti che prevedono la garanzia complementare infortuni, le clausole statuenti le franchigie e il ricorso all'arbitrato irrituale;
- per i contratti che comprendono la garanzia complementare "Esonero pagamento premi", le clausole statuenti le franchigie e le conseguenze dell'inosservanza dei termini, delle modalità di denuncia dell'inabilità e degli adempimenti successivi.

Firma dell'Assicurando _____ Firma del Contraente _____

REVOCA DELLA PROPOSTA

La presente proposta può essere revocata, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, a Wiener Städtische AG Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 112 – 00147 Roma.

La comunicazione di revoca deve riportare il numero della proposta sottoscritta. Le somme eventualmente pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione.

La comunicazione di recesso va inviata a Wiener Städtische AG Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 112 – 00147 Roma, a mezzo lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto di liberare la Società e Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione, risultante dal timbro postale di invio, della relativa comunicazione.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso, delle tasse e delle spese sostenute per l'emissione della polizza quantificate nelle condizioni generali di assicurazione in € 30,00.

NOTE

L'inclusione della clausola di adeguamento annuo del premio garantisce il mantenimento del valore dell'assicurazione sulla vita. Gli adattamenti automatici, corrispondenti all'andamento dell'indice dei prezzi al consumo ISTAT, avvengono senza ulteriore verifica dello stato di salute dell'assicurato. L'inclusione della clausola di adeguamento presuppone che l'importo del premio annuale ammonti ad almeno 300,00 Euro. In caso di assicurazione contro i rischi, nonché di tariffe con premi unici, la clausola di adeguamento non può essere inclusa.

DICHIARAZIONI AI FINI "FATCA" (Foreign Account Tax Compliance Act) e "CRS" (Common Reporting Standard)**1) DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE (persona fisica) RELATIVA ALL'OBBLIGO TRIBUTARIO**

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di Contraente **DICHIARA**

di essere soggetto ad imposta esclusivamente in ITALIA e non negli Stati Uniti o in altri Stati;

di essere soggetto ad imposta nei seguenti Stati con il codice fiscale di seguito indicato (per le „U.S. Person“ allegare il „Form W-9“):

STATO DI RESIDENZA O DOMICILIO FISCALE	STATO ESTERO DI NASCITA	codice fiscale / Partita IVA																					

Si impegna a comunicare immediatamente alla Società ogni modifica relativa al proprio obbligo tributario.

Prende atto del fatto che i pagamenti della Società ai sensi delle disposizioni di cui alle Condizioni generali di assicurazione possono essere effettuati unicamente se il ricevente, a richiesta della Società, rende le informazioni e dichiarazioni in merito al proprio obbligo tributario ivi indicate.

2) DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE (persona giuridica) RELATIVA ALL'OBBLIGO TRIBUTARIO

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante/esecutore della società Contraente **DICHIARA**

Il richiedente non è una „U.S. Person“ come definita dalla normativa fiscale americana né ha la propria sede legale al di fuori del territorio italiano (in particolare non ha la sede negli Stati Uniti), né è organizzato secondo un altro ordinamento giuridico o iscritto in un altro Stato (in particolare non è iscritto negli Stati Uniti).

La residenza fiscale del richiedente si trova nei seguenti Stati esteri. Per le Società ai „sensi“ FATCA occorre indicare il GIIN ed allegare il „Form W-9“.

STATO DI RESIDENZA O DOMICILIO FISCALE	Codice fiscale / Partita IVA / GIIN																						

Il richiedente realizza oltre il 50% dei propri ricavi dall'attività nel settore principale di operatività.

Il richiedente è partecipato direttamente o indirettamente per non oltre il 25% da una „U.S. Person“ soggetta ad imposta negli Stati Uniti o in altri Stati fuori dall'Italia.

Il richiedente è partecipato direttamente o indirettamente per oltre il 25% da una o più di una „U.S. Person“ soggetta ad imposta negli Stati Uniti o in altri Stati fuori dall'Italia (completare con i dati dei soggetti).

COGNOME E NOME		INDIRIZZO DI RESIDENZA		Sesso		Data di nascita																	
				<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f	GG	MM	AA															
STATO DI RESIDENZA O DOMICILIO FISCALE	STATO ESTERO DI NASCITA	Codice fiscale / Partita IVA																					

Il richiedente si impegna a comunicare immediatamente alla Società ogni modifica e prende atto del fatto che i pagamenti della Società ai sensi delle disposizioni di cui alle Condizioni generali di assicurazione possono essere effettuati unicamente se il ricevente rende le informazioni e dichiarazioni in merito al proprio obbligo tributario ivi indicate.

Avvertenza: tra gli indizi di un obbligo tributario estero si annoverano, tra l'altro: un recapito postale o domicilio estero, recapito telefonico unicamente estero o indirizzo postale c/o, recapito di lavoro, riferimenti bancari, delega a persona con uno dei predetti indizi ecc. In caso di presenza di uno o più indizi, Lei è tenuto ad assumere informazioni per accertare la sussistenza di un obbligo tributario estero.

In _____ il _____

Firma _____

INFORMATIVA SULLE “PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE” (P.E.P.)

Regolamento IVASS n. 5/2014 in attuazione dell'art. 1 dell'Allegato tecnico del D.Lgs. 231/07

- 1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
 - a) I capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Viceministri o Sottosegretari; b) i Parlamentari; c) i Membri delle Corti Supreme, delle Corti Costituzionali e di altri Organi Giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette ad ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali; d) i Membri delle Corti dei Conti e dei Consigli di Amministrazione delle Banche Centrali; e) gli Ambasciatori, gli Incaricati d'affari e gli Ufficiali di alto livello delle Forze armate; f) i Membri degli Organi di Amministrazione, Direzione o Vigilanza di imprese possedute dallo Stato.In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.
- 2) Per i familiari diretti si intendono: a) il coniuge; b) i figli e i loro coniugi; c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere; d) i genitori.
- 3) Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a: a) a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1; b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.
- 4) Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 10 del Regolamento IVASS n. 5/2014 in attuazione del D.Lgs. 231/07 e dei rispettivi Allegati tecnici

(1) L'identificazione del titolare effettivo ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, contestualmente all'identificazione del cliente e sulla base dei dati identificativi da questi forniti ai sensi dell'art. 21 del decreto, ovvero facendo ricorso a pubblici registri, elenchi, atti o documenti pubblicamente accessibili ovvero in altro modo. (2) All'atto dell'identificazione il cliente va invitato a dichiarare se il rapporto continuativo è instaurato per conto di un altro soggetto e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo. Analogo invito va rivolto nel caso di operazione occasionale che soddisfi i requisiti di importo di cui all'articolo 7, comma 3, lettera b). (3) Le operazioni riconducibili a un rapporto continuativo, che soddisfino i requisiti d'importo normativamente previsti, si presumono effettuate per conto del cliente intestatario del rapporto continuativo o dell'eventuale titolare effettivo del rapporto stesso, salva diversa indicazione del cliente. Alla costituzione del rapporto continuativo, le imprese informano il cliente sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le relative indicazioni necessarie per la loro identificazione. Nel quadro del controllo costante, le imprese valutano eventuali elementi che inducono a ritenere che il cliente stia operando per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo o dell'effettuazione dell'operazione. (4) In relazione alle situazioni concrete, è possibile che vi siano molteplici titolari effettivi. In tali casi, gli adempimenti vanno espletati per ciascun titolare effettivo.

INDIVIDUAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO

Art. 2, comma 1 lettera y), del Regolamento IVASS n. 5/2014 in attuazione del D.Lgs. 231/07 e dei rispettivi Allegati tecnici

(1) la persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; (2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto (D.Lgs. 231/07) ed a quello del presente Regolamento (IVASS n. 5/2014) che si riportano di seguito:

Allegato tecnico del D.Lgs. 231/07

a) in caso di società:

- 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
 - 2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;
- b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:
- 1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
 - 2) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - 3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

Allegato tecnico del Regolamento IVASS n. 5/2014 - INDIVIDUAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO DI CUI ALL'ARTICOLO 2, COMMA 1, LETTERA Y), PUNTO 2

1. In linea con la previsione dell'Allegato tecnico del decreto, ai fini del presente regolamento, il controllo ricorre, comunque, per tutte le persone fisiche che hanno il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto nella società-cliente. Nell'ipotesi in cui più soggetti non persone fisiche controllino una partecipazione al capitale della società-cliente, o una percentuale dei diritti di voto, nella società, superiore al 25%, il predetto criterio di individuazione del titolare effettivo del cliente trova applicazione con riguardo a ciascuno dei citati soggetti. Il titolare effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione della società, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai soci, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina degli amministratori. Tale circostanza assume precipuo rilievo quando non ricorra alcuna delle condizioni di cui sopra.
2. Non si rende necessaria l'individuazione del titolare effettivo per i soggetti che beneficiano dell'adeguata verifica semplificata ai sensi dell'articolo 25, commi 1 e 3, e dell'articolo 26 del decreto. Le imprese e gli intermediari assicurativi possono astenersi dal proseguire nella ricerca del titolare effettivo quando, risalendo la catena di controllo, individuino come controllante un soggetto diverso da una persona fisica che, se fosse cliente, sarebbe sottoposto al regime di adeguata verifica semplificata (in tale caso, infatti, non sarebbe necessario individuare il titolare effettivo di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y). In tale ipotesi, va tenuta evidenza di tale soggetto come controllante.
3. Qualora il cliente sia una società fiduciaria di cui alla legge 23 novembre 1939 n. 1966 si procede come segue:
 - a) se la fiduciaria agisce per conto dei fiduciari:
 - la fiduciaria/cliente sarà tenuta, ai sensi dell'articolo 21 del decreto, a fornire per iscritto tutte le informazioni necessarie ed aggiornate, di cui sia a conoscenza, sui fiduciari, quali titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 1, del rapporto o dell'operazione;
 - ove i fiduciari siano persone diverse dalle persone fisiche, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi, di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2;
 - b) se la fiduciaria agisce in nome e per conto proprio, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2 della fiduciaria, secondo le norme relative alle società.

TITOLARE EFFETTIVO

4. Per le fondazioni e i *trust*, il titolare effettivo va, cumulativamente, individuato:

- a) nelle persone fisiche beneficiarie del 25%, o più, del patrimonio della fondazione o del *trust*, qualora i futuri beneficiari siano già stati individuati; viceversa, qualora i beneficiari non risultino ancora determinati, nella categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce la fondazione o il *trust*;
- b) nella persona o persone fisiche che esercitano il controllo, anche di fatto, sul 25% o più del patrimonio della fondazione o del *trust*;
- c) se diverso, in ciascun *trustee* del *trust*, se non già identificato.

5. Quando il cliente è un'organizzazione non profit, si applica quanto previsto al precedente paragrafo 4, lettere a) e b).

6. Nei casi diversi da quelli indicati nei paragrafi precedenti, il titolare effettivo va individuato:

- a) nei soggetti che detengono una quota superiore al 25% del fondo o patrimonio dell'organizzazione;
- b) e – se diversi – nei soggetti che, in forza del contratto costitutivo dell'organizzazione (e successive modifiche e integrazioni), ovvero di altri atti o circostanze, siano titolari di voti, all'interno dell'organo decisionale dell'organizzazione, per una percentuale superiore al 25% o del diritto di esprimere la maggioranza dei preposti all'amministrazione.

In tutti i casi sopradescritti, se uno o più dei soggetti, individuati in base ai predetti criteri, non è una persona fisica, il titolare effettivo corrisponde alla persona fisica o alle persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o esercitano il controllo diretto o indiretto su detto soggetto.

Il titolare effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai partecipanti all'organizzazione, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina dei preposti all'amministrazione. Tale valutazione assume precipuo rilievo quando, con riferimento al cliente, non ricorrano le condizioni di cui alle precedenti lettere a) e b).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI AGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

Questa informativa viene fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 (di seguito anche Regolamento), dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Come Società di assicurazioni, siamo consapevoli dell'importanza che rivestono i Suoi dati personali. "Noi" siamo

Wiener Städtische Versicherung AG Vienna Insurance Group
Schottenring 30, 1010 Vienna
telefono: +43 (0)50 350-20000 bzw. E-Mail: kundenservice@wienerstaedtiche.at

in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati. Di seguito troverà informazioni più dettagliate su come trattiamo i Suoi dati. In caso di richieste o domande sul trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società, La preghiamo di contattare il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo datenschutz@wienerstaedtiche.at.

RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA: Via Cristoforo Colombo, 112 – 00147 Roma
DIREZIONE PER L'ITALIA: Via Cristoforo Colombo, 112 – 00147 Roma – telefono 06.5107011 – fax 06.51070129, wiener@wieneritalia.com

1. Trattamento dei Dati personali

Per "dati personali" si intendono tutte le informazioni riguardanti una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il trattamento dei dati suoi dati personali è effettuato per:

- a) fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che la nostra Società, in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;
- b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, social network, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto b. è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa".

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

2. Entità dell'utilizzo dei dati

Nel proporci la stipula di un'assicurazione, Lei ci comunica dati personali ed eventualmente anche segreti industriali e commerciali propri o anche riferiti a familiari, collaboratori o altri terzi. In tutti questi casi, supponiamo che Lei sia autorizzato a comunicare tali dati. Utilizziamo i Suoi dati e i dati di tali terzi da Lei comunicati nel nostro legittimo interesse come Titolari del trattamento dei Suoi dati e nella misura necessaria per poter regolarmente costituire e gestire il nostro rapporto assicurativo. In base ad altre eventuali apposite dichiarazioni di consenso da parte Sua, utilizziamo i Suoi dati anche per sottoporLe ulteriori proposte di prodotti da parte nostra, di altre società appartenenti al nostro Gruppo assicurativo o dei nostri partner commerciali. Per alcuni nostri prodotti assicurativi occorre trattare categorie particolarmente protette dei Suoi dati personali. Vi ricadono, in primo luogo, dati relativi al Suo stato di salute che ci occorrono, ad esempio, per motivare e gestire le prestazioni nei rami salute, vita e infortuni. Trattiamo tali particolari categorie di dati personali sempre e unicamente in accordo con le disposizioni contenute nella Legge sui contratti di assicurazione e in base al Suo consenso prestato nel modulo di proposta. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali si fonda sul contratto perfezionato e sul conferimento del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da Lei fornito prima del ritiro.

3. Comunicazione dei dati a terzi

In ragione della complessità dei processi di trattamento dei dati nel mondo di oggi, talvolta ci serviamo di fornitori di servizi incaricandoli del trattamento dei Suoi dati. Alcuni di questi fornitori di servizi si trovano fisicamente al di fuori del territorio dell'Unione Europea. Tuttavia, in tutti i casi di ricorso a fornitori di servizio esterni, assicuriamo il mantenimento del livello europeo di protezione dei dati e l'osservazione degli standard di sicurezza degli stessi. Potrà, inoltre, rendersi necessario, nell'ambito della gestione delle nostre pratiche, trasferire i Suoi dati all'interno della Società di assicurazioni o del nostro Gruppo assicurativo o trattare i Suoi dati in maniera congiunta. Anche in questi casi sono sempre garantiti gli standard europei di sicurezza dei dati.

In funzione del particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito);
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;

- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (Via di San Nicola da Tolentino, 72 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all’esercizio dell’attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell’industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati potrebbero essere comunicati;

nonché altri soggetti, quali: l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale, 21 00187 Roma), ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135; UIF Unità di Informazione Finanziaria – Banca d’Italia (largo Bastia 35, Roma) ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all’art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Piazza Augusto Imperatore, 27 - Roma), ai sensi dell’art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell’art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell’economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell’art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell’ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

4. Comunicazione dei dati alle Autorità di vigilanza, ai Tribunali e altri terzi

Come Società di assicurazioni siamo soggetti a elevati criteri regolatori e vigilanza continua da parte della autorità preposte. In questo ambito, potremmo essere obbligati a comunicare, su richiesta di tali soggetti, determinati dati personali riferiti ai nostri Contraenti. Parimenti, può accadere, nell’ambito della verifica del Suo sinistro che consultiamo terzi, ad esempio medici, istituti di cura, periti o anche società incaricate della gestione del sinistro, ai quali dobbiamo comunicare i Suoi dati personali. In tutti questi casi prestiamo sempre molta attenzione a che siano osservate le disposizioni legali in materia al fine di garantire la protezione dei Suoi dati.

Per sapere di più su come e in quale misura trattiamo i Suoi dati nell’ambito della Sua pratica personale e per avere l’elenco completo e aggiornato dei soggetti ivi indicati, potrà rivolgersi a datenschutz@wienerstaedtsche.at oppure a wiener@wieneritalia.com.

- Utilizzo di prestazioni cloud

Da società innovativa e aperta al futuro, facciamo anche ricorso a soluzioni cloud. I servizi cloud da noi utilizzati sono forniti dalle seguenti Società:

- Microsoft Corp
- Google Inc

Utilizziamo i servizi cloud soprattutto nell’ambito della nostra comunicazione interna ed esterna oltre che per videoconferenze, per la gestione degli appuntamenti e per lo “shared document use” nell’ambito della nostra collaborazione interna. La conservazione dei Suoi dati assicurativi, in particolare i dati relativi al Suo stato di salute, non avviene nell’ambito di tali servizi cloud, ma all’interno dei nostri centri di calcolo. Il trasferimento dei dati al di fuori dell’Unione Europea avverrà solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento e verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza e verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento

dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali. Per ottenere copia di tali informazioni o avere indicazioni del luogo dove sono disponibili, potrà rivolgersi a datenschutz@wienerstaedtsche.at oppure a wiener@wieneritalia.com.

5. Coinvolgimento dei riassicuratori

Nell'ambito dell'assicurazione di determinati rischi collaboriamo a stretto contatto con i nostri riassicuratori, i quali ci supportano nella valutazione del rischio e delle prestazioni. A tal fine è necessario che ci scambiamo dei dati relativi alla Sua persona e al Suo rapporto assicurativo con i nostri riassicuratori. Tale scambio di dati avviene sempre al solo scopo di poter valutare congiuntamente il Suo rischio assicurativo e le Sue prestazioni e sempre nei limiti previsti dalla Legge sui contratti di assicurazione.

6. Coinvolgimento degli intermediari assicurativi

Nel caso in cui Lei affidi le sue questioni ad un intermediario assicurativo, quest'ultimo raccoglierà e tratterà i Suoi dati personali e li comunicherà a noi al fine di permetterci di valutare il Suo rischio assicurativo, per rendere possibile la conclusione del Suo rapporto assicurativo con noi e per la valutazione delle prestazioni da parte nostra. Inoltre, anche noi comunicheremo al Suo intermediario assicurativo dati riferiti alla Sua persona e al Suo rapporto assicurativo, nella misura in cui il Suo intermediario assicurativo ne ha bisogno per assisterLa. Poiché il Suo intermediario assicurativo deve garantire il trattamento dei dati in conformità alle disposizioni in materia, prestiamo molta attenzione alla scelta degli intermediari assicurativi con cui collaborare.

7. Processi di trattamento dei dati automatizzati

Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e pretendere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.

In tal caso La preghiamo di voler provvedere a che il Suo referente inoltri la Sua richiesta al Reparto tecnico competente per la lavorazione manuale o di comunicarcelo ai seguenti indirizzi e-mail kundenservice@wienerstaedtsche.at e wiener@wieneritalia.com. Tuttavia, occorre considerare che tale procedura potrà comportare rallentamenti nell'evasione della Sua pratica.

8. La nostra sicurezza dei dati

Come Società di assicurazioni titolare del trattamento, garantiamo che ogni comunicazione di dati interna alla nostra Società avvenga in maniera cifrata. Disponiamo, inoltre, di opzioni di cifratura anche nella comunicazione dei dati esterna, nella misura in cui Lei come destinatario della nostra comunicazione sia dotato dei requisiti tecnici necessari per la decifratura. La preghiamo di prestare attenzione al fatto che la comunicazione elettronica tramite utilizzo dei programmi di posta commerciali (es. MS Exchange) non offre una tutela assoluta da accessi non autorizzati da parte di terzi e che, nell'ambito di questa forma di trasmissione delle comunicazioni, potranno essere coinvolti anche server extra europei.

Garantiamo, inoltre, che i centri di calcolo interni alla Società rispettino tutti gli standard di sicurezza ISO 27001. Trasferiamo la nostra idea di sicurezza anche ai prestatori di servizi di cui ci avvaliamo, obbligandoli ad osservare misure di sicurezza equivalenti. Nella misura in cui, nell'ambito dei cloud service da noi utilizzati, i dati siano conservati su server al di fuori dell'Unione Europea, assicuriamo che i dati siano conservati esclusivamente in forma frammentata e cifrata, utilizzando le più avanzate tecnologie di cifratura. La conservazione di dati relativi al Suo rapporto assicurativo e la conservazione dei dati relativi al Suo stato di salute avvengono sempre nell'ambito dei nostri centri di calcolo interni. In caso di dubbi circa le misure di protezione dei dati nell'ambito della Sua pratica concreta, La preghiamo di rivolgersi a datenschutz@wienerstaedtische.at oppure wiener@wieneritalia.com.

9. I Suoi diritti

Lei ha la facoltà di richiedere informazioni circa l'origine, le categorie, la durata di conservazione, i destinatari, lo scopo dei dati da noi trattati nell'ambito della Sua pratica, oltre che alle modalità di tale trattamento.

Qualora i dati relativi alla Sua persona siano errati e incompleti, Lei potrà richiederne la rettifica o l'integrazione. Lei ha anche la facoltà di pretendere la cancellazione di dati trattati in maniera non lecita. Tuttavia, occorre considerare che ciò si applica unicamente a dati errati, incompleti o trattati in maniera non lecita. In caso di incertezza circa la correttezza o la completezza dei dati relativi alla Sua persona e da noi trattati, Lei potrà richiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati fino al chiarimento definitivo della questione. La preghiamo di considerare che tutti questi diritti si integrano a vicenda, di modo che Lei ha la facoltà di pretendere o la correzione e/o integrazione dei Suoi dati o la loro cancellazione.

Anche se i dati relativi alla Sua persona sono corretti e completi e da noi trattati in maniera lecita, Lei avrà la facoltà di opporsi in ogni momento al trattamento di questi dati in casi particolari e motivati. Può opporsi anche nel caso in cui Lei riceva da noi pubblicità diretta e non desideri riceverne più in futuro.

Con effetto dal 25.05.2018, Lei può ricevere i dati relativi alla Sua persona e da noi trattati in un formato elettronico da noi definito, nel caso in cui non abbiamo ricevuto tali dati da Lei. Alternativamente, può incaricarci di trasmettere tali dati direttamente ad un terzo da Lei nominato, qualora tale destinatario ci renda possibile trasmettere i dati dal punto di vista tecnico e la trasmissione dei dati non comporti un impegno non giustificabile o vi siano altri obblighi legali o di riservatezza o considerazioni di confidenzialità da parte nostra o da parte di terzi.

Per tutte le Sue richieste La preghiamo di contattarci ai recapiti sotto riportati, allegando sempre una prova della Sua identità, ad esempio copia di un documento di identità.

Anche se ci impegniamo al massimo a favore della protezione e dell'integrità dei Suoi dati, non si possono escludere divergenze di opinioni circa il modo in cui utilizziamo i Suoi dati. Qualora Lei sia dell'avviso che utilizziamo i Suoi dati in modo non ammissibile, potrà avanzare un reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati.

La nostra conservazione dei dati:

Conserviamo i Suoi dati per tutta la durata del rapporto assicurativo. Inoltre, siamo soggetti a numerosi obblighi di conservazione, in base ai quali dobbiamo conservare i dati relativi alla Sua persona, a terzi (es. coassicurati), ai Suoi sinistri e al Suo rapporto assicurativo anche oltre la cessazione del rapporto assicurativo o anche dopo la conclusione di un sinistro, come è il caso, ad esempio, secondo i termini di conservazione nell'ambito del diritto societario. Conserviamo i Suoi dati, inoltre, per il periodo utile per far valere diritti in base al nostro rapporto di assicurazione con Lei.

10. La necessità di trattare i Suoi dati

La messa a disposizione dei dati personali Suoi e di eventuali terzi da Lei indicati è necessaria per la verifica del Suo rischio assicurativo, per la costituzione del nostro rapporto assicurativo e per soddisfare il Suo diritto alle prestazioni. Qualora Lei non ci comunichi questi dati o ce li comunichi in misura insufficiente, potremmo non essere in grado di costituire il rapporto assicurativo da Lei desiderato o di liquidare il Suo sinistro. La preghiamo di notare che ciò non costituirebbe inadempienza contrattuale da parte nostra.

Qualora abbiamo ottenuto e trattiamo i Suoi dati in base ad un'autorizzazione da Lei impartita, Lei in ogni momento ha la facoltà di revocare la Sua autorizzazione; ciò comporterà che, dal momento di ricevimento della revoca dell'autorizzazione, non possiamo più trattare i Suoi dati allo scopo indicato nell'autorizzazione.

11. Modalità di contatto

In caso di dubbi circa questioni di protezione dei dati, La preghiamo di contattarci ai seguenti indirizzi e-mail: datenschutz@wienerstaedtiche.at e wiener@wieneritalia.com.



Direzione per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo, 112 • Tel. +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129



WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 333376 i • Capitale sociale interamente versato Euro 10.000.000,00 • Sede: A-1010 Vienna • Schottenring 30 • Rappresentanza Generale per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo 112 • R.E.A. Roma: RM - 928003 • Indirizzo PEC wienerialia@legalmail.it • Codice fiscale e Partita IVA: 12830730151
