

TUTELA EASY

Fascicolo Informativo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE ED A PREMIO ANNUO COSTANTI CON FACOLTA' DI ADESIONE A GARANZIE COMPLEMENTARI

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di assicurazione

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 02/01/2017

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Amissima Vita S.p.A. Fondata nel 1971, Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all' Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento del Socio Unico Amissima Holdings S.r.l.

Sede legale e Direzione Generale: Via G. D'Annunzio, 41 - 16121 Genova - Italia, telefono + 39 010.5498.1, Registro delle Imprese di Genova CF 01739640157 PI 03723300103 REA GE 373333 Albo Imprese Ivass 1.00039 Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 14.03.1973, (G.U. del 19.04.1973 n. 103.)

www.amissimagruppo.it, - a missimavita@ pec.amissima.it

2 INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

In relazione all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2015, il patrimonio netto ammonta a 203.399.222 euro, il Capitale Sociale è pari a 124.878.689 euro e le Riserve patrimoniali sono pari a 75.917.943 euro.

L'indice di solvibilità riferito al 31 dicembre 2015, inteso come rapporto tra Margine di Solvibilità disponibile di 198.819 mila euro e Margine di Solvibilità richiesto dalla normativa vigente di 193.768 mila euro, è pari al 102,61%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Le prestazioni assicurative di seguito indicate sono operanti per tutta la durata del contratto, ovvero per l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza che è fissa 5 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) **Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato (prestazione principale);**
- b) **Coperture complementari**

un capitale aggiuntivo in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio, di importo fisso 50.000,00 Euro;

un capitale aggiuntivo in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio dovuto da incidente della circolazione, di importo fisso 50.000,00 Euro.

Per maggiori dettagli relativi alle singole prestazioni si rinvia all'art. 1 delle condizioni di assicurazione e alle condizioni complementari infortuni.

Avvertenza: sono possibili esclusioni e periodi di sospensione delle coperture assicurative; si rimanda per i dettagli all'art. 2 delle condizioni di assicurazione.

Leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta/polizza relative alle dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurando.

4. PREMI

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato (garanzia principale) ed eventualmente della garanzia complementare, il Contraente dovrà corrispondere alla Società, premi annui costanti anticipati per tutta la durata contrattuale ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

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

Il premio pagato dal Contraente è determinato in relazione:

- alla gamma e al livello delle garanzie prestate;
- all'età dell'Assicurando al momento della sottoscrizione della Proposta/Polizza;

Le prestazioni ed i premi sono indipendenti dal sesso dell'Assicurato.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurando siano esatte, complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, ed i premi pagati restano acquisiti alla Società senza diritto a capitale ridotto o valore di riscatto. Il Contraente avrà comunque il diritto di riattivare le garanzie contrattuali secondo le modalità indicate all'art. 11 delle condizioni di assicurazione

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate semestrali, per i costi del frazionamento si rinvia al successivo punto 6.1.1.

Il premio se pagato annualmente non potrà essere di importo inferiore ad 50,00 Euro (la rata semestrale minima anch'essa di 50,00 Euro, sottoscrivibile solo con mezzo di pagamento RID).

La Società prevede le seguenti modalità di pagamento del premio:

bonifico bancario a favore di Amissima Vita S.p.A.;

bonifico bancario a favore dell'Agente di Amissima Vita S.p.A. , espressamente in tale qualità;

assegno circolare non trasferibile intestato a Amissima Vita S.p.A.;

– assegno circolare non trasferibile intestato all'Agente di Amissima Vita S.p.A., espressamente in tale qualità;

– R I D ;

tutte le altre forme di pagamento previste e comunicate dalla Società e comunicate all'intermediario, il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito "avviso alla clientela".

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle suddette forme di pagamento

E' comunque fatto divieto all'intermediario di Amissima Vita S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

5. MODALITA' DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

Nella presente tariffa non è prevista partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1. COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

6.1.1. Costi gravanti sul premio

| | |
|----------------------------------|---------|
| Diritti | 0 |
| Caricamenti: | |
| Cifra fissa * | 25 Euro |
| Costi percentuali | 25 % |
| Addizionali di frazionamento | |
| Semestrale | 1,50% |

* di cui 10 Euro per spese di emissione del contratto

6.1.2. COSTI PER RISCATTO

Non è previsto il riscatto.

6.1.3. COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

Non è prevista erogazione di rendita

6.1.4. COSTI PER RECESSO

La Società applica, in caso di recesso da parte del Contraente, 10 Euro a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto.

6.2 COSTI APPLICATI IN FUNZIONE DELLE MODALITA' DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

Non è prevista partecipazione agli utili.

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a:

- 34% con riferimento alla sola prestazione principale;

- 55% con riferimento alla garanzia principale e Complementare.

7. SCONTI

Il presente contratto non prevede sconti.

8. REGIME FISCALE

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta. E' applicata un'imposta del 2,50% solo sul premio accessorio corrisposto per le eventuali garanzie complementari infortuni.

Detrazione fiscale dei premi

Le assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente per i premi relativi alla copertura caso morte, alle condizioni e limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. *Tassazione delle somme assicurate*

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono né pignorabili né sequestrabili (art. 1923 C.C.) *Diritto proprio del Beneficiario*

Per effetto della designazione fatta dal Contraente, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. In particolare ciò significa che le somme percepite a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 C.C.).

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Si rinvia all'art. 5 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi nel corso della durata contrattuale qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti; si rinvia per i dettagli all'Art. 11 delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: in tale caso i premi versati resteranno acquisiti dalla Società.

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non riconosce valori di riscatto né di riduzione.

12. RECESSO

12.1 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 177 del D. Lgs 209/2005, il Contraente può recedere dal rapporto contrattuale entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Il Contraente dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito: AMISSIMA VITA S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio - Via Gabriele D'Annunzio, 41 16121 GENOVA GE

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborserà al Contraente un importo pari al valore del premio corrisposto, al netto di 10 euro a titolo di spese sostenute per l'emissione del contratto di cui al punto 6.1.4.

12.2 FACOLTA' DI RECESSO DELLA COMPAGNIA

La presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.

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

I pagamenti dovuti dalla Società ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista all'art.15 delle Condizioni di assicurazione.

La Società esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Società e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto.

Avvertenza: Fatto salvo quanto previsto al comma 1, ai sensi dell'art 2952 comma 2 C.C., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Si rammenta inoltre che, ai sensi dell'art 1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

15. LINGUA IN CUI E' REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

16. RECLAMI

Secondo quanto previsto dal Regolamento Ivass n. 24/2008 e successive integrazioni:

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme, devono essere in prima battuta inoltrati **per iscritto** alla Società, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Vita S.p.A. - Ufficio Reclami — Via G.D'Annunzio 41- 16121 Genova
- a mezzo fax 010/5498815
- a mezzo [mail: reclamivita@amissimavita.it](mailto:reclamivita@amissimavita.it)

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo esemplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);

breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, o in assenza di riscontro entro il termine di 45 giorni, sarà sua **facoltà** ricorrere:

➤ all'**IVASS** (www.ivass.it), inoltrando l'apposito modulo:

- via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
- via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353,

via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

➤ all'**arbitrato**, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.

Qualora vorrà rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo **obbligo** ricorrere in via preliminare:

➤ alla **Mediazione**.

Il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata per iscritto a: Amissima Vita S.p.a., via Gabriele D'Annunzio, 41 — 16121 Genova, [e-mail: mediazione@amissimavita.it](mailto:mediazione@amissimavita.it), oppure pec: mediazione.vita@pec.amissima.it, e/o al numero di fax 02/30762286.

Secondo quanto previsto dall'art. 4 del Regolamento IVASS 24/2008 potranno, altresì, essere inviati all'IVASS:

a) i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

b) i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere. (In tal caso il reclamante avente domicilio in Italia, potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.)

Si precisa che non rientrano nella competenza dell'IVASS:

- a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;
- b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB — via G.B. Martini 3 — 00198 Roma;
- d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - Piazza Augusto Imperatore, 27 - 00186 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente eventuali variazioni dei contenuti della Nota Informativa intervenute per effetto di modifiche della normativa successive alla conclusione del contratto.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

Relazioni industriali del business

La Società è controllata da Amissima Holdings S.r.l., società di partecipazione assicurativa appartenente al gruppo Apollo, che possiede il 100% delle azioni e che svolge, quale Capogruppo, attività di direzione e coordinamento sulla Società.

La Società altresì intrattiene rapporti di affari con Banca Carige S.p.A., in forza di specifici accordi distributivi.

I prodotti assicurativi vengono distribuiti alla clientela utilizzando quali collocatori: gli sportelli bancari di Banca Carige S.p.A. e delle altre banche del gruppo e gli Agenti di Assicurazione iscritti al Registro Unico Intermediari dell'IVASS. La gestione finanziaria, amministrativa, tecnico - attuariale e liquidativa è svolta dalla Società.

Natura dei conflitti d'interesse

In linea generale, i conflitti di interessi possono nascere in relazione ai rapporti partecipativi che sussistono tra società facenti parte del Gruppo Apollo, e che possono operare sui mercati finanziari nazionali ed internazionali. Aree di potenziale conflitto possono essere rappresentate dalle politiche di investimento e di gestione sia per quanto concerne le scelte d'investimento relativamente agli strumenti finanziari, che per quanto riguarda le scelte di gestione per il tramite di accordi con Società che possono direttamente o indirettamente essere riconducibili al gruppo Apollo.

Conflitti di interessi possono nascere anche in ambito di distribuzione dei contratti assicurativi, per le remunerazioni corrisposte ai diversi intermediari. Le procedure di gestione dei conflitti di interessi seguite dalla Società sono rivolte a limitare lo scambio di informazioni tra soggetti coinvolti in attività in potenziale conflitto, cui viene imposto l'obbligo di non scambiare informazioni ottenute nell'ambito della propria attività lavorativa.

Inoltre, le politiche d'investimento prevedono limiti, totali o parziali, in base alle specifiche tipologie di attivo ed ai rispettivi parametri di rischio.

Principi di gestione dei conflitti d'interesse

La Società e gli altri soggetti prestatori di servizi ai fini della gestione dei conflitti d'interesse assumono **l'impegno ad operare, pur in presenza di inevitabili condizioni di conflitti di interesse, in modo da non recare pregiudizio** al contraente ed al fine di ottenere il miglior risultato possibile. Essi operano in modo da contenere i costi a carico dei contraenti e si astengono dal proporre operazioni con frequenza non necessaria alla realizzazione degli obiettivi assicurativi.

La Società si astiene inoltre da ogni comportamento che avvantaggi alcuni clienti a danno di altri. L'attività di gestione finanziaria viene svolta in modo da garantire **le migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.**

I responsabili delle singole strutture aziendali sono incaricati di vigilare sull'insorgenza di conflitti di interessi derivanti dall'operatività effettuata dalla struttura e dalle risorse da essi coordinate.

Nell'ambito del perimetro di attività e dell'autonomia ad essi riconosciuta, gli uffici incaricati di mansioni di Controllo Interno hanno facoltà di eseguire verifiche ed altre attività di controllo opportune al governo dei conflitti d'interessi, in particolare il rispetto e la regolare applicazione delle procedure adottate per la gestione e l'eventuale *disclosure* dei conflitti d'interessi individuati.

Di seguito sono descritte le principali casistiche identificabili quali fattori di potenziale conflitto di interessi.

a. Gestione degli attivi

La Società gestisce le attività a copertura delle riserve tecniche.

La Società opera in modo da evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi e realizza un monitoraggio continuo delle operazioni per garantire che siano effettuate alle migliori condizioni possibili di mercato con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni stesse.

b. Investimenti

Il patrimonio delle gestioni separate può essere investito anche in strumenti finanziari emessi e/o gestiti da società facenti parte del Gruppo Apollo o con cui il Gruppo stesso intrattiene rapporti di affari rilevanti. La quota massima detenibile di strumenti finanziari della specie è, come si evince dal Regolamento della Gestione Separata, ove presente, soggetta ad un limite massimo del 20% che l'impresa intende rispettare a tutela dei contraenti.

c. Retrocessione di commissioni

Relativamente alla gestione patrimoniale collegata al contratto, la Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione da parte di soggetti terzi di commissioni o altri proventi.

Comunque, la Società si impegna a riconoscere ai contraenti eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o altri proventi conseguiti a seguito di futuri accordi stipulati con soggetti terzi. In tale eventualità, prima della stipula dei contratti, ai contraenti verranno fornite informazioni specifiche, complete e corrette in merito agli eventuali benefici retrocessi agli assicurati.

L'impegno della Società è in ogni caso volto ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali accordi.

d. Negoziazione di titoli effettuata con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti d'affari rilevanti.

Le operazioni di compravendita possono essere effettuate anche con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

Per quanto concerne le commissioni di negoziazione applicate dalle controparti a fronte di operazioni effettuate sui mercati finanziari, tutte le operazioni saranno eseguite alle migliori condizioni di mercato.

La Società in ogni caso si impegna in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti.

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

AMISSIMA VITA S.p.A.

Il Legale Rappresentante
(Dott. Andrea Moneta)



Condizioni di Assicurazione

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 02/01/2017

TARIFFA V604

ART. 1 PRESTAZIONI ASSICURATE

Prestazione principale

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale la Società si impegna a pagare ai Beneficiari designati un capitale assicurato pari a 50.000,00 Euro. La durata del contratto è fissata in 5 anni ed a fronte della prestazione assicurata è dovuto un piano di premi annui per l'intera durata finchè l'Assicurato sia in vita.

La presente copertura assicurativa non prevede la sottoscrizione di questionari sanitari nè la possibilità di effettuare visite mediche e pertanto, fatte salve le esclusioni dichiarate dall'Assicurato in Proposta/Polizza e le seguenti limitazioni ed esclusioni di cui all'art.2, la copertura è garantita qualunque sia la causa del decesso.

Prestazioni facoltative complementari

A richiesta del Contraente il contratto prevede le seguenti garanzie complementari congiuntamente:

Prestazione in caso di morte da infortunio (1° garanzia accessoria).

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, di ammontare pari al "capitale assicurato" della garanzia principale, ovvero di 50.000,00 Euro.

Prestazione in caso di morte da infortunio dovuto ad incidente stradale (2° garanzia accessoria).

Nell'ipotesi in cui la morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, prima della scadenza del contratto, sia dovuta ad incidente della circolazione, è previsto il pagamento ai Beneficiari designati di un capitale aggiuntivo, pari al doppio del "capitale assicurato" della garanzia principale, ovvero di ulteriori 50.000,00 Euro.

Le Garanzie accessorie non sono separabili.

Per tali garanzie accessorie il premio dovuto è fisso in quanto funzione del solo capitale assicurato a fronte della garanzia base.

Per tutte le garanzie previste dal presente contratto, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

ART.2 LIMITAZIONI E CONDIZIONI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, salve le esclusioni e le limitazioni di seguito riportate e le esclusioni dichiarate dall'Assicurato in Proposta/Polizza.

2.1 ESCLUSIONI

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

a) Malattie o lesioni o condizioni che siano la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose manifestatisi, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente all'ingresso in copertura come in particolare dichiarato nella Proposta/Polizza;

b) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;

c) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;

d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso 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;

e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;

g) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

h) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;

i) lo svolgimento di un'attività sportiva diversa da: calcio, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazioni a gare e tornei, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, escursionismo alpino, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, tutte esercitate in forma dilettantistica;

j) lo svolgimento di un'attività professionale diversa da: libero professionista, titolare d'azienda, commerciante o negoziante, appartenente alle forze armate (che non naviga, nè vola), albergatore o operatore turistico, pensionato, benestante o studente, casalinga, insegnante o ministro del culto, dirigente, impiegato, agricoltore, autista senza guida di autocarri di portata maggiore di 35 q.li, artigiano o operarolo senza uso di macchine e senza accesso ai tetti, impalcature pozzi o miniere, fabbro o falegname, lavoratore edile con qualifica di sorvegliante, capo-mastro, capo operarolo, chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive, appartenenti alla Pubblica Sicurezza/Carabinieri/Guardia di Finanza/Vigili Urbani quando svolgono mansioni amministrative.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari al solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, in luogo di quelle previste all'Art. 1.

2.2 PERIODO DI CARENZA

L'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione. Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro il suddetto periodo, in luogo del capitale assicurato verrà pagata una somma pari all'importo dei premi versati.

Il periodo di carenza non si applica, e quindi viene pagato anche nei primi 6 mesi l'intero capitale assicurato, qualora la morte avvenga per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza": tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica ed inoltre lo shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza";

b) di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza", intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dal punto 2.1 di questo articolo) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La copertura non sarà operante qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Durante il "periodo di carenza", la Società corrisponde - in luogo del capitale assicurato - una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, in luogo di quella prevista all'Art. 1.

2.3 CONDIZIONI DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO DERIVANTE DAL CONTRATTO

La Società, ai fini dell'assunzione del rischio, richiede obbligatoriamente la sottoscrizione delle dichiarazioni sullo stato di salute contenuta nella Proposta/Polizza.

Nel caso in cui non vengano firmate le dichiarazioni dell'Assicurando contenute nella Proposta/Polizza, la Società rifiuta l'assunzione del rischio.

2.4 DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DI ALCUNE PATOLOGIE DETERMINANTI PER L'ASSUMIBILITÀ DEL RISCHIO

In relazione ad alcune patologie/afezioni riportate nelle "Dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurando" contenute nella Proposta/Polizza di cui l'Assicurando, sottoscrivendole, dichiara di non soffrire o aver sofferto in passato, di seguito si fornisce una più specifica delimitazione di alcune di esse:

Iperensione - si intende l'aumento prolungato della pressione arteriosa oltre il livello considerato accettabile per età e sesso, aumento associato ad un aumentato rischio di complicazioni cardiovascolari. L'ipertensione si può classificare in base a gravità (grado di incremento pressorio), andamento del rialzo, eziologia e complicazioni. Un consensus internazionale tra le maggiori Organizzazioni Sanitarie Mondiali del settore (OMS-ISH, ESH/ESC e JNC7), definisce come ipertensione una pressione sistolica pari o superiore a 140 mm Hg e una pressione diastolica pari o superiore a 90 mm Hg. Qualora i valori della pressione arteriosa siano al di sopra di tali limiti, la copertura assicurativa non sarà prestata in quanto necessiterebbero ulteriori approfondimenti sanitari.

Disturbi della memoria - perdita della memoria ed incapacità di collegare le parole con le idee. Qualora l'amnesia sia ricorrente nel tempo e non sia stata approfondita la causa sottostante attraverso una visita neurologica o, al contrario, la visita specialistica abbia accertato la presenza di una malattia sottostante, la copertura assicurativa non sarà prestata.

Disturbi della personalità - si intendono modelli di comportamento cronici caratterizzati da una relativa rigidità e disadattamento che compromettono le relazioni sociali, interpersonali e di lavoro. Di solito, i modelli caratteristici di disadattamento sono evidenti fin dall'infanzia; la diagnosi formale del disturbo viene formulata il più delle volte durante l'adolescenza o nella

prima età adulta e il disturbo permane per gran parte della vita. Se la diagnosi medica evidenzia un disturbo della personalità schizoide, schizotipico, paranoide, ossessivo-compulsivo, di tipo narcisistico, da evitamento, istrionico, passivo-aggressivo o dipendente, oppure dalla stessa emergano altri disturbi di personalità che comportino fattori aggiuntivi (ricovero, tentato suicidio, abuso di sostanze, comorbidità con disturbi psichiatrici, somatici e/o con disabilità fisica) la copertura assicurativa non sarà prestata.

Ipercolesterolemia - Il colesterolo elevato ed, in particolare, il colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità (LDL-C), è un importante fattore di rischio cardiovascolare. Per contro, il rischio di malattia cardiovascolare associato al colesterolo legato alle lipoproteine ad alta densità (HDL-C), il colesterolo 'buono', aumenta con la riduzione del colesterolo **HDL**. La presenza di altri fattori di rischio vascolari (fumo, anamnesi familiare positiva, diabete mellito, obesità e ipertensione) aumenta ulteriormente il rischio. In mancanza pertanto di ulteriori approfondimenti sanitari e sullo stile di vita che condizionano il rischio associati al colesterolo si intendono escluse dalla copertura assicurativa coloro che presentano un colesterolo totale > 240 mg/dl (> 6,2 mmol/l) connesso a colesterolo LDL >160 mg/dl (>4,1 mmol/l)

ART. 3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali per cui la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- 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 morte dell'Assicurato e in ogni tempo, il pagamento della prestazione in caso di morte restituendo la somma dei versamenti effettuati per l'assicurazione principale dell'eventuale addizionale di frazionamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- 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 morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio.

Il tutto ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 C.C. a cui si rimanda per le parti non previste dal presente articolo. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

ART. 4 BENEFICIARI

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

Ai sensi degli artt. 1920 e 1921 C.C., successivamente alla stipulazione del contratto, è possibile modificare o revocare la designazione del beneficiario con dichiarazione scritta comunicata all'Assicuratore direttamente a mezzo posta o tramite l'Intermediario. La revoca o la modifica possono essere fatte anche con testamento, a condizione che il testatore abbia espressamente attribuito la somma dovuta in forza della polizza vita a favore di una determinata persona owerò abbia comunque espresso chiaramente la propria volontà di modificare o revocare la designazione del beneficiario richiamando la polizza stipulata.

Ai sensi dell'art.1921 C.C., la revoca o la modifica del beneficio non può essere fatta:

- dagli eredi dopo la morte del Contraente;
- dopo che si è verificato l'evento, qualora il Beneficiario abbia dichiarato di voler profittare del beneficio;
- quando il Contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca e il Beneficiario ha dichiarato al Contraente di voler profittare del beneficio, purchè la rinuncia del Contraente e la dichiarazione del Beneficiario siano comunicate per iscritto all'Assicuratore. In tali casi, le operazioni di pegno o vincolo del contratto, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

ART. 5 MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO ED ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

Nel caso in cui siano realizzate tutte le condizioni di seguito elencate:

- l'Assicurando abbia sottoscritto le dichiarazioni sullo stato di salute, contenute nella Proposta/Polizza, attestante l'assenza delle patologie ivi riportate;
- l'Assicurando non abbia sottoscritto altre polizze Tutela Easy;
- l'Assicurando accetti l'applicazione del periodo di carenza come riportato nelle Condizioni di Assicurazione art. 2.

Il contratto sarà perfezionato, direttamente presso l'Agenzia al momento della sottoscrizione della Proposta/Polizza, ed entrerà immediatamente in vigore, a condizione che sia stato effettuato il pagamento della prima rata di premio.

L'entrata in vigore dell'assicurazione coincide con il momento in cui iniziano a decorrere le prestazioni assicurative, fatte salve le limitazioni derivanti dall'applicazione delle condizioni di carenza e le condizioni assuntive riportate nel precedente art. 2.

ART. 6 RECESSO**6.1 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE**

Ai sensi dell'art. 177 del D. Lgs 209/2005, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito: AMISSIMA VITA S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio - Via Gabriele D'Annunzio, 41 16121 GENOVA GE.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborserà al Contraente (previa consegna dell'originale di polizza e delle relative appendici) un importo pari al valore del premio versato al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari a 10 Euro.

6.2 FACOLTÀ DI RECESSO DELLA COMPAGNIA

La presente assicurazione e le relative coperture, ivi inclusi l'adempimento dell'obbligazione di indennizzo dei sinistri o la corresponsione di qualsiasi beneficio economico o servizio di assistenza è garantito solo ed esclusivamente se non in contrasto con un embargo totale o parziale o qualsivoglia sanzione economica, commerciale e finanziaria messa in atto dall'Unione Europea, dal Governo Italiano o da qualsiasi altro Organismo internazionale riconosciuto dal Governo Italiano, ove siano applicabili anche al Contraente e/o agli Assicurati e/o ai Beneficiari della presente polizza. In tali casi il contratto si risolve di diritto senza che sia dovuta alcuna somma o altra prestazione da parte della Compagnia.

ART. 7 DURATA DEL CONTRATTO

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto.

Il presente contratto è predisposto per una durata fissa di 5 anni.

ART. 8 LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

L'età minima di entrata dell'Assicurato è di 18 anni compiuti; l'età massima 55 anni compiuti. L'età a scadenza dell'Assicurato non deve superare i 60 anni compiuti.

ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è calcolato in annualità anticipate ed è dovuto per tutta la durata del contratto, ma comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. In alternativa al pagamento annuale, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, le cui rate, gravate da interessi di frazionamento, dovranno essere pagate alle rispettive ricorrenze della data di decorrenza del contratto. Le rate semestrali dovranno essere versate mediante addebito diretto (RID) sul conto corrente del Contraente a favore di Amissima Vita S.p.A. Il pagamento viene considerato acquisito alla data di addebito del conto corrente del Contraente.

Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero; l'importo minimo annuale è pari a 50,00 Euro così come la rata semestrale minima è pari a 50,00 Euro.

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- bonifico bancario a favore di Amissima Vita S.p.A.;
- bonifico bancario a favore dell'Agente di Amissima Vita S.p.A., espressamente in tale qualità;
- assegno circolare non trasferibile intestato a Amissima Vita S.p.A.;
- assegno circolare non trasferibile intestato all'Agente di Amissima Vita S.p.A., espressamente in tale qualità;
- RID;
- tutte le altre forme di pagamento previste dalla Società e comunicate all'intermediario il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito avviso alla clientela.

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle suddette forme di pagamento. E' comunque fatto divieto all'intermediario di Amissima Vita S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

ART. 10 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il mancato pagamento anche di una sola rata del premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la sospensione delle prestazioni assicurate di cui all'art. 1.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza dalla prima rata di premio non pagata, senza che vi sia stata riattivazione, il contratto è risolto. In tal caso nulla è dovuto da parte della Società.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

ART. 11- RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza,

la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente corredata dalla dichiarazione di non mutate condizioni di salute rispetto alla data di decorrenza del contratto. La Società si riserva di decidere circa la riattivazione. In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto è risolto di diritto e l'assicurazione non può più essere riattivata.

ART. 12 - RISCATTO E RIDUZIONE

Il presente contratto non ammette né riduzione né riscatto.

ART. 13 - PRESTITI

In nessun caso il contratto prevede l'erogazione di prestiti.

ART. 14 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Società ne faccia annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

ART. 15 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i seguenti documenti:

- richiesta di liquidazione da parte degli aventi diritto in carta semplice, con possibilità a discrezione dei soggetti predetti, di utilizzare un apposito modulo messo a disposizione dalla Società;
- copia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale dell'Assicurato, del Contraente e di ciascun Beneficiario;
- modello FATCA/CRS.

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato, si devono inoltre consegnare:

- certificato di morte;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto dalla Società e reperibile presso l'Agenzia che gestisce il contratto, per determinare le cause del decesso;
- copia delle cartelle cliniche in caso di ricovero ospedaliero;
- eventuale altra documentazione relativa alle cause del decesso nel caso l'evento si sia verificato per cause diverse dalla malattia.
- Nell'impossibilità di produrre i documenti relativi allo stato di salute dell'Assicurato o altra documentazione concernente le cause del decesso, si richiede in subordine il conferimento da parte del/dei Beneficiario/i del mandato necessario al fine di espletare gli adempimenti del caso.
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta ad identificare gli aventi diritto alla liquidazione delle prestazioni assicurate, qualora nel contratto ne sia stata fatta menzione generica, ed a comprovare se l'Assicurato abbia o meno redatto testamento (In caso affermativo copia del testamento pubblicato);
- se tra i beneficiari vi sono minori: Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione del capitale e ne determini l'impiego.

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

ART. 16 - TASSE E IMPOSTE

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

ART. 17 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei Beneficiari.

ART. 18 PRESCRIZIONE

Il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Ai sensi dell'art 1 comma 345 quater, legge n.266 del 2005, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti ramo vita, che non sono reclamati entro il termine di prescrizione sopra indicato, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

ART. 19 MEDIAZIONE CIVILE

Si rammenta che il D.lgs 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Si rinvia al decreto sopraindicato, oltreché al decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modifiche ed integrazioni. Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a: **Amissima Vita S.p.A., Via Gabriele D'Annunzio,41- 16121 Genova, e.mail : mediazione@amissimavita.it, pec: legale.vita@pec.amissima.it, oppure: mediazione.vita@pec.amissimait.it.**

Art. 20 RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

La Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n.221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale il Contraente potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

CONDIZIONI COMPLEMENTARE INFORTUNI

Le garanzie complementari sono operanti solo se espressamente indicate in polizza.

A dette assicurazioni si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni di assicurazione relative a questo contratto, in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme di cui ai successivi articoli.

PRESTAZIONI

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato durante la durata contrattuale avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Società, oltre alla prestazione prevista dall'assicurazione principale, liquida al Beneficiario il "capitale complementare infortuni", costante per tutta la durata contrattuale e pari al capitale assicurato della garanzia principale.

Il "capitale complementare infortuni" viene raddoppiato nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Il Capitale, per ciascuna garanzia complementare, non può comunque superare l'importo di 50.000,00 Euro

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Fermo restando che la morte deve essere conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni di cui al primo paragrafo, resta stabilito che l'assicurazione complementare infortuni non è operante nei casi di decesso:

- conseguente all'influenza che queste lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse;

- verificatosi dopo un anno dal giorno delle lesioni stesse.

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze ;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti o di aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza; - l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva. Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso anche come passeggero, di deltaplani ed ultraleggeri nonché di velivoli o elicotteri eserciti da: - Società/Aziende di Lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri; - Aereoclubs;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, e lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto del trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports aerei in genere.

PAGAMENTO DEI PREMI

Per avere diritto a questa prestazione il Contraente deve versare i relativi premi annui di importo costante e indicati in polizza, insieme e con le stesse modalità previste per l'assicurazione principale.

Questa assicurazione complementare infortuni si risolve, non producendo qualsiasi valore ed effetto, e i relativi premi corrisposti restano acquisiti alla Società:

- in caso di sospensione del versamento dei relativi premi;
- in caso di sospensione del versamento dei premi relativi all'assicurazione principale.

PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio annuo va corrisposto contemporaneamente e con le stesse modalità del premio della polizza di cui la presente assicurazione è complementare. Venendo a cessare per qualunque motivo, il pagamento del premio sulla polizza vita, l'assicurazione complementare infortuni si risolve di diritto; tuttavia, con la riattivazione della polizza vita e purchè nel frattempo l'Assicurato non abbia subito infortuni, può essere riattivata anche la presente assicurazione.

RINVIO

Per quanto non regolato dalle presenti Condizioni Complementari, valgono, sempre che non contrastino, le precedenti Condizioni di assicurazione o, in mancanza, le norme di legge.

GLOSSARIO

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 02/01/2017

- **Società:** la Società di Assicurazione Amissima Vita Nuova S.p.A..
- **Contraente:** persona, fisica o giuridica, che stipula il contratto con la Società impegnandosi alla corresponsione dei premi o, in caso di cessione del contratto, chi subentra nella posizione già appartenuta allo stipulante.
- **Assicurando/Assicurato:** La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.
- **Beneficiari:** persona, fisica o giuridica, designata in polizza dal Contraente, che riceve la prestazione prevista dal contratto. Il Beneficiario può coincidere o meno con il Contraente.
- **Dichiarazione sullo stato di salute dell'Assicurando:** : modulo costituito da dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurando che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
- **Data di conclusione del contratto:** data di consegna al Contraente della Proposta/Polizza da parte della Società o della consegna al Contraente della polizza sottoscritta dalla stessa, semprechè sia stato pagato il premio.
- **Decorrenza del contratto:** data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni dedotte nel contratto.
- **Durata del contratto:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza del contratto e la sua scadenza, durante il quale è operante la garanzia ed ha validità il contratto.
- **Premi versati:** importi che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società nel corso della durata contrattuale.
- **Garanzia principale:** garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario; ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.
- **Garanzia complementare infortuni:** copertura assicurativa che prevede in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a infortunio ed a infortunio dovuto ad incidente della circolazione, il pagamento di un capitale in aggiunta alla prestazione base.
- **Carenza:** periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
- **Riserva Matematica:** importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai suoi obblighi contrattuali.

DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30/06/03

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), AMISSIMA VITA intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (ad esempio, per antiriciclaggio);
- B) di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA VITA può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie:

sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta a effettuare in base a leggi, regolamenti, normativa comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Commissione di vigilanza sui Fondi Pensione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (INPS, Anagrafe Tributaria); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., VV.UU.), organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo (CIRT).

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:

rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:

è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA VITA, ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti, che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude l'opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS. 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA VITA S.p.A., con sede in Via G. D'Annunzio, 41 - 16121 Genova - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.

- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.

- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al responsabile della Privacy presso la Sede della Società.

- Infine, i suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).