



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA COLLETTIVA PER IL CASO DI MORTE  
A PREMIO UNICO E CAPITALE DECRESCENTE**

---

**FATA MUTUO SERENO**

**Il presente Fascicolo informativo, contenente la Nota informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il Modulo di proposta, deve essere consegnato:**

- **al Contraente prima della sottoscrizione del Modulo di proposta;**
- **a ciascun Aderente, da parte del Contraente, prima della sottoscrizione del relativo Modulo di adesione.**

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

## NOTA INFORMATIVA

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA COLLETTIVA PER IL CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E CAPITALE DECRESCENTE

#### FATA MUTUO SERENO - Tariffa 210FE

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

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

L'Aderente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione dell'adesione.

---

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

##### 1. INFORMAZIONI GENERALI

- a) FATA VITA S.p.A. è società del Gruppo Generali.
- b) La Sede Legale e la Direzione Generale sono in Via Urbana 169/A - 00184 Roma - Italia.
- c) Recapito telefonico: 0647651; sito internet: [www.fata-assicurazioni.it](http://www.fata-assicurazioni.it); indirizzo di posta elettronica: [info@fata-assicurazioni.it](mailto:info@fata-assicurazioni.it)
- d) FATA VITA S.p.A è stata autorizzata dall' ISVAP, con provvedimento n° 2490 del 19/12/2006 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30/12/2006, all'esercizio dell'attività assicurativa nei rami I, III e V, di cui all'art. 2, comma 1, del D.L. 7/9/2005, n° 209 ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00155.

Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

##### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Patrimonio netto: 57,9 milioni di euro di cui 7,1 milioni relativi al Capitale sociale e 50,8 milioni al totale delle Riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 112,53%

Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

---

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

---

##### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Le coperture assicurative prestate con la Polizza Collettiva TEMPORANEA CASO MORTE - FATA MUTUO SERENO sono offerte esclusivamente in modo congiunto alle coperture prestate con la Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., in quanto le stesse costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

Il contratto di assicurazione descritto nel presente fascicolo è un'assicurazione temporanea collettiva per il caso di morte, a premio unico anticipato e capitale decrescente, riservato ai titolari di contratti di mutuo ipotecario stipulati ovvero intermediati dal Gruppo Cassa di Risparmio di Ferrara.

Il Contraente è la Cassa di Risparmio di Ferrara S.p.A. L'Assicurato è il mutuatario. Il Beneficiario della prestazione è indicato nel Modulo di adesione.

La Polizza Collettiva ha una durata di un anno e, in mancanza di disdetta di una delle Parti comunicata mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si intende tacitamente rinnovata per una ulteriore annualità e analogamente per le annualità successive. Resta fermo che l'assicurazione relativa alle singole coperture in corso rimane in essere fino alle scadenze rispettivamente pattuite.

La durata di ciascuna posizione individuale è il periodo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza indicate nel Certificato di Assicurazione, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative; tale durata non potrà comunque essere inferiore a 5 anni nè superiore a 30 anni.

Il contratto collettivo prevede, quale unica prestazione assicurata, quella in caso di decesso dell'Assicurato.

Si rinvia all'articolo 1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Avvertenza: sulla copertura principale è presente un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato); si rinvia all'articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione per i dettagli.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte di FATA VITA, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In particolare, si ricorda la necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di proposta e nel Modulo di adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

#### 4. PREMI

Il premio di ciascuna posizione individuale è determinato in relazione alle prestazioni, alla loro durata ed ammontare, all'età e sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte ed alle abitudini di vita, al tasso di interesse applicato al mutuo ed alla rateazione di rimborso delle rate del mutuo stesso.

FATA MUTUO SERENO prevede il pagamento di un premio unico anticipato.

È consentito il pagamento del premio esclusivamente tramite addebito sul conto corrente.

Sul premio unico gravano i costi riportati nella tabella che segue.

| COSTI DI EMISSIONE | COSTI DI ACQUISIZIONE<br>E DI GESTIONE<br>(IN PERCENTUALE SUL PREMIO) |
|--------------------|---|
| Euro 30,00         | 47,50%  |

La quota parte percepita dall'intermediario è pari al 35% del premio; ad esempio su un importo di premio pari a 5.599,00 euro, la quota parte percepita è pari a 1.959,65.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo l'impresa restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa l'impresa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del beneficiario designato.

Si rinvia all'articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

---

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

---

#### 5. COSTI

##### 5.1. Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

##### 5.1.1. Costi gravanti sui premi

Sul premio unico gravano i costi riportati nella tabella che segue.

| COSTI DI EMISSIONE | COSTI DI ACQUISIZIONE<br>E DI GESTIONE<br>(IN PERCENTUALE SUL PREMIO) |
|--------------------|---|
| Euro 30,00         | 47,50%  |

La quota parte percepita dall'intermediario è pari al 35% del premio; ad esempio su un importo di premio pari a 5.599,00 euro, la quota parte percepita è pari a 1.959,65.

Avvertenza: i costi per le eventuali visite mediche/accertamenti sanitari saranno pari alla tariffa applicata dal medico a cui si è rivolto l'Assicurato e sono totalmente a carico dell'Assicurato. In caso di visite mediche effettuate da Medici Fiduciari della Compagnia i costi a carico dell'Assicurato potranno andare da un minimo di 80,00 euro ad un massimo di 120,00 euro.

#### 5.1.2. Costi a carico dell'Assicurato in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo, la quota di premio non goduta viene rimborsata all'Assicurato al netto di Euro 50,00 per spese amministrative.

### **6. SCONTI**

Non sono previsti sconti.

### **7. REGIME FISCALE**

#### Tassazione delle somme assicurate

In caso di morte dell'Assicurato, nel caso in cui Beneficiario delle prestazioni sia una persona giuridica, la prestazione erogata entra nella determinazione del reddito di impresa.

In tutti gli altri casi, le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita sono esenti dall'IRPEF.

---

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

---

### **8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO**

La sottoscrizione del Modulo di adesione comporta la contemporanea richiesta di adesione dell'Aderente anche alla Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., in quanto le stesse costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

Si rinvia all'articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative relative a ciascuna posizione individuale.

### **9. RISCATTO E RIDUZIONE**

Non sono previsti valori di riscatto e di riduzione.

### **10. REVOCA DEL MODULO DI ADESIONE**

L'Assicurando ha la facoltà di revocare il Modulo di adesione fino al perfezionamento dell'adesione.

La revoca del Modulo di adesione deve essere comunicata all'impresa per iscritto a mezzo raccomandata A.R. La medesima comunicazione dovrà essere inviata al Contraente.

Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di revoca, l'impresa è liberata da ogni obbligazione connessa all'assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso.

L'Assicurando non ha diritto di chiedere all'impresa la revoca del Modulo di adesione se il mutuo è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto, e l'Assicurato non abbia provveduto alla restituzione al Contraente del capitale, degli interessi e delle somme non ripetibili dalla Pubblica Amministrazione, in conformità al disposto dell'art.125 ter. del D.Lgs. del 1.9.1993 n. 385.

Poiché le coperture offerte costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo con quelle offerte con la Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., l'esercizio del diritto di revoca per l'una determinerà la revoca dell'adesione all'altra.

## 11. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione che l'adesione al contratto è perfezionata.

L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione dell'assicurazione relativamente alla singola posizione individuale e, qualora non sia stato effettuato il versamento del premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'impresa per iscritto a mezzo raccomandata A.R. entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui essa perviene all'impresa. La medesima comunicazione dovrà essere inviata al Contraente.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, l'impresa provvede a rimborsare, per il tramite del Contraente, e previa restituzione dell'originale Modulo di adesione e del Certificato di assicurazione, il premio eventualmente versato al netto del premio relativo al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. In caso l'assicurazione collettiva non sia più in essere, la Società rimborsa il premio direttamente all'Assicurato.

L'Assicurato non ha diritto di chiedere all'impresa il recesso dall'assicurazione se il mutuo è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto, e l'Assicurato non abbia provveduto alla restituzione al Contraente del capitale, degli interessi e delle somme non ripetibili dalla Pubblica Amministrazione, in conformità al disposto dell'art.125 ter. del D.Lgs. del 1.9.1993 n. 385.

Poiché le coperture offerte costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo con quelle offerte con la Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., l'esercizio del diritto di recesso per l'una determinerà il recesso dall'assicurazione all'altra.

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

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto è necessario fornire alla Società la documentazione indicata all'articolo 17 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Si evidenzia che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

## 13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

## 14. LINGUA

Il contratto, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.

## 15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto direttamente a:

FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A.

UFFICIO RECLAMI

Via Urbana, 169/A – 00184 – Roma

Fax n° 06/4815934

[Reclami@fata-assicurazioni.it](mailto:Reclami@fata-assicurazioni.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, oppure trasmettere il reclamo ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm)).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

## 16. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Si evidenzia che ai sensi dell'art. 1926 del codice civile eventuali cambiamenti di professione o attività degli assicurati devono essere comunicati alla Società affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Se la Società comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio, il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione, la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

## 17. CONFLITTO DI INTERESSI

FATA VITA S.p.A. si impegna a:

- evitare, sia nell'offerta che nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo;
- garantire che comunque, nei casi in cui il conflitto non può essere evitato, gli interessi dei Contraenti non subiscano alcun pregiudizio.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre Società del Gruppo Generali o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

In ogni caso la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

**FATA VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

FATA VITA S.p.A.

I rappresentanti legali

Avv. Vittorio Rispoli

Ing. Giorgio Cagnetti



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA COLLETTIVA PER IL CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E CAPITALE DECRESCENTE

#### FATA MUTUO SERENO - Tariffa 210FE

##### **Art. 1 - PRESTAZIONI**

L'assicurazione collettiva di cui al presente contratto è un'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio unico anticipato e capitale decrescente.

L'inclusione in assicurazione è riservata ai titolari (persone fisiche) di contratti di mutuo stipulati ovvero intermediati dal Gruppo Cassa di Risparmio di Ferrara.

Il presente contratto prevede la liquidazione, ai Beneficiari designati nel certificato di assicurazione, della prestazione di seguito descritta.

##### Prestazione in caso di morte dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata della singola posizione individuale, è prevista la liquidazione del capitale assicurato, il cui importo è pari al debito residuo del piano di ammortamento (ammortamento francese) risultante alla data del decesso, calcolato sulla base dei dati indicati nel Modulo di adesione, quali il capitale iniziale assicurato, la durata contrattuale, la rateazione e il tasso di interesse dell'originario piano di ammortamento.

La copertura è in ogni caso subordinata:

- alle dichiarazioni rese dall'Assicurando al momento dell'adesione;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari ove previsti;
- al pagamento del premio di assicurazione.

Qualora alla scadenza della posizione individuale l'Assicurato sia in vita, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

##### **Art. 2 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte di FATA VITA, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete specie per quanto riguarda l'esistenza di eventuali patologie pregresse, al fine di evitare il rischio di successive, legittime contestazioni da parte di FATA VITA che potrebbero pregiudicare il diritto dei Beneficiari a ottenere il pagamento del capitale assicurato, ovvero determinare la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.

L'inesatta indicazione dell'età e/o del sesso dell'Assicurato, del tasso di interesse applicato al mutuo e/o della rateazione di rimborso delle rate del mutuo stesso comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

##### **Art. 3 - RISCHIO DI MORTE**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni di seguito riportate.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non può essere inferiore a 18 anni e l'età massima alla scadenza non può risultare superiore a 75 anni.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

##### **3.1. Esclusioni**

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa del Beneficiario o del Contraente;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- d) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;

- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) suicidio, se il fatto avviene entro il primo anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- g) atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati – e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- i) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

Inoltre, se si verifica in un luogo uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili durante il soggiorno dell'Assicurato, quest'ultimo è coperto per dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle autorità italiane.

L'esistenza di una situazione di guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

### **3.2. Limitazioni: periodo di carenza**

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da FATA VITA, accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'Assicurato, previo assenso di FATA VITA, decida di non sottoporsi a visita medica, l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Il "periodo di carenza" non si applica 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, leptosirosi 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, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il "periodo di carenza" viene esteso a cinque anni dalla data di decorrenza sopra indicata qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica, ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto "periodo di carenza" viene esteso a sette anni.

## **Art. 4 – CONTRAENTE E ASSICURATO**

Il Contraente è la Cassa di Risparmio di Ferrara S.p.A.. L'Assicurato è il mutuatario.

## **Art. 5 – BENEFICIARIO**

Il Beneficiario dell'assicurazione è indicato nel relativo certificato di assicurazione.

## **Art. 6 – CAMBIAMENTI DI PROFESSIONE O ATTIVITÀ**

Si evidenzia che ai sensi dell'art. 1926 del codice civile eventuali cambiamenti di professione o attività degli Assicurati devono essere comunicati alla Società affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) maggiorare il premio dovuto.

Se la Società comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio, il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione, la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

**Art. 7 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO ED ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE**

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente appone la firma nel contratto di assicurazione rilasciato dalla Società.

La decorrenza del contratto è indicata nel contratto di assicurazione rilasciato dalla Società.

Per ciascuna posizione individuale, l'adesione al contratto di assicurazione si considera conclusa e quindi perfezionata nel momento in cui l'Aderente viene a conoscenza dell'accettazione del Modulo di adesione da parte della Società mediante il ricevimento del Certificato di assicurazione.

La copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento del premio unico, alle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Certificato di assicurazione rilasciato dalla Società.

Se il versamento del premio unico è effettuato dopo la data di decorrenza, la copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

La sottoscrizione del Modulo di adesione comporta la contemporanea richiesta di adesione dell'Aderente anche alla Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., in quanto le stesse costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

**Art. 8 – REVOCA DEL MODULO DI ADESIONE**

L'Assicurando ha la facoltà di revocare il Modulo di adesione fino al perfezionamento dell'adesione.

La revoca del Modulo di adesione deve essere comunicata all'impresa per iscritto a mezzo raccomandata A.R. La medesima comunicazione dovrà essere inviata al Contraente.

Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di revoca, l'impresa è liberata da ogni obbligazione connessa all'assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso.

L'Assicurando non ha diritto di chiedere all'impresa la revoca del Modulo di adesione se il mutuo è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto, e l'Assicurato non abbia provveduto alla restituzione al Contraente del capitale, degli interessi e delle somme non ripetibili dalla Pubblica Amministrazione, in conformità al disposto dell'art.125 ter. del D.Lgs. del 1.9.1993 n. 385.

Poiché le coperture offerte costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo con quelle offerte con la Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., l'esercizio del diritto di revoca per l'una determinerà la revoca dall'adesione all'altra.

**Art. 9 - DIRITTO DI RECESSO**

L'Assicurato può recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione che l'adesione al contratto è perfezionata.

L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione dell'assicurazione relativamente alla singola posizione individuale e, qualora non sia stato effettuato il versamento del premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'impresa per iscritto a mezzo raccomandata A.R. entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui essa perviene all'impresa. La medesima comunicazione dovrà essere inviata al Contraente.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, l'impresa provvede a rimborsare, per il tramite del Contraente, e previa restituzione dell'originale Modulo di adesione e del Certificato di assicurazione, il premio eventualmente versato al netto del premio relativo al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. In caso l'assicurazione collettiva non sia più in essere, la Società rimborsa il premio direttamente all'Assicurato.

L'Assicurato non ha diritto di chiedere all'impresa il recesso dall'assicurazione se il mutuo è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto, e l'Assicurato non abbia provveduto alla restituzione al Contraente del capitale, degli interessi e delle somme non ripetibili dalla Pubblica Amministrazione, in conformità al disposto dell'art.125 ter. del D.Lgs. del 1.9.1993 n. 385.

Poiché le coperture offerte costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo con quelle offerte con la Polizza Collettiva ASSICURAZIONE PERDITA DI OCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO MUTUATARI CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA - FATA MUTUO SERENO stipulata dal Contraente con FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A., l'esercizio del diritto di recesso per l'una determinerà il recesso dall'assicurazione all'altra.

**Art. 10 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE**

La Polizza Collettiva ha una durata di un anno e, in mancanza di disdetta di una delle Parti comunicata mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si intende tacitamente rinnovata per una ulteriore annualità e analogamente per le annualità successive. Resta fermo che l’assicurazione relativa alle singole coperture in corso rimane in essere fino alle scadenze rispettivamente pattuite.

La durata di ciascuna posizione individuale può essere scelta al momento dell’adesione ed è compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni.

**Art. 11 – VERSAMENTO DEI PREMI**

Per ciascuna posizione individuale, le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il relativo premio unico.

Il premio unico è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza della posizione individuale.

Il Contraente è tenuto a versare alla Società, per conto di ogni Aderente, il premio per ciascuna copertura individuale tramite addebito su conto corrente.

**Art. 12 - ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI MUTUO**

In caso di estinzione anticipata o trasferibilità del mutuo abbinato a FATA MUTO SERENO, semprechè l’estinzione del mutuo non sia dovuta all’evento assicurato, l’Aderente avrà la facoltà di chiedere la cessazione dell’assicurazione entro due anni dalla data di estinzione del mutuo.

La Società restituisce all’Aderente la parte di premio pagato relativa al periodo di tempo residuo per il quale è cessato il rischio assicurativo, calcolata secondo la formula che segue:

$$R = (P - C) \cdot \frac{n - k}{n} \cdot \frac{DR_k}{DR_0} + C \cdot \frac{n - k}{n}$$

dove:

- $DR_k$  è il debito residuo alla data di estinzione o di portabilità del mutuo, in base al piano di ammortamento originario;
- $DR_0$  è il debito iniziale;
- P è l’importo del premio unico pagato;
- C rappresentano i costi applicati al premio unico (costo fisso di emissione, costi di acquisizione e costi di gestione);
- n è la durata del contratto;
- k è la data di estinzione o di portabilità del mutuo.

L’importo (R) così calcolato viene diminuito di 50,00 euro per spese amministrative.

La richiesta di rimborso del premio non goduto dovrà essere effettuata mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare alla Società per il tramite del Contraente fornendo le informazioni necessarie ad effettuare il pagamento a favore dell’Aderente.

In alternativa l’impresa, su richiesta dell’Aderente, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

**Art. 12.1 - ESTINZIONE PARZIALE DEL CONTRATTO DI MUTUO**

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del mutuo abbinato a FATA MUTO SERENO, la copertura assicurativa rimane in vigore ed il capitale assicurato è sempre pari al debito residuo del piano di ammortamento originario (calcolato sulla base dei dati indicati nel Modulo di adesione). In tali casi non si dà corso a restituzione, anche parziale, del premio.

**Art. 13 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

Non previsti.

**Art. 14 – IMPOSTE E TASSE**

Le imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o dei loro aventi diritto.

**Art. 15 – FORO COMPETENTE**

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

**Art. 16 – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE AGLI ASSICURATI E COMUNICAZIONI DA PARTE DEL CONTRAENTE**

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati il Fascicolo informativo.

Il Modulo di adesione riporterà i costi a carico degli Assicurati con evidenza dell'importo percepito dall'intermediario (Allegato I).

Il Contraente ha l'obbligo di dare tempestiva comunicazione agli Assicurati in merito ad operazioni di trasferimento di intermediario ed operazioni societarie straordinarie inerenti la Società delle quali ha ricevuto informativa da parte della Società stessa.

**Art. 17 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Al verificarsi degli eventi previsti dal contratto, l'avente diritto, per ottenere le prestazioni pattuite, dovrà sottoscrivere, presso l'intermediario di competenza, la relativa domanda, redigendola sull'apposito modulo disponibile presso l'intermediario stesso, nonché consegnare la documentazione appresso specificata.

**A. Sinistro per morte naturale dell'Assicurato.** Sono necessari i seguenti documenti:

- 1) certificato di morte dell'Assicurato, con indicazione della data di nascita;
- 2) relazione medica circa la causa del decesso, da compilare in ogni sua parte su apposito modulo. Il medico compilatore, su foglio di ricettario, dovrà inoltre attestare di aver personalmente curato le risposte, oppure apporre, in calce alla relazione stessa, oltre alla sua firma, anche il timbro specificante le proprie generalità e l'indirizzo. Su richiesta di FATA VITA, dovranno inoltre essere consegnate le eventuali copie delle cartelle cliniche relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato;
- 3) sempreché l'avente diritto sia diverso da una delle Società del Gruppo Cassa di Risparmio di Ferrara, indicata dal Modulo di adesione, atto notorio, oppure la dichiarazione sostitutiva di esso resa ai sensi di legge, riguardante lo stato successorio della persona deceduta. Tale documento dovrà indicare se il deceduto abbia o meno lasciato testamento e, se necessario, l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà inoltre essere inviata la copia autentica ed integrale del verbale di deposito e pubblicazione del testamento stesso e l'atto notorio, o dichiarazione sostitutiva del medesimo, dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Nel caso di esistenza di più testamenti, poiché le parti degli stessi non espressamente annullate dal testatore restano in vigore, l'atto notorio o dichiarazione sostitutiva dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviati i relativi verbali di deposito e pubblicazione, non ne sussistono altri;
- 4) certificato di assicurazione e relativi allegati;
- 5) documento di identità valido e relativo codice fiscale dell'avente diritto.
- 6) dichiarazione del Contraente attestante l'importo residuo del mutuo.

**B. Sinistro per morte violenta dell'Assicurato** (es. incidente stradale, omicidio, suicidio, etc.): oltre alla documentazione prevista per il caso di morte naturale, occorre consegnare anche la copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria (ovvero certificato della procura della Repubblica o altro documento rilasciato dalla competente autorità, come verbali di indagini, altri atti e/o provvedimenti processuali, etc.), da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

**Norme generali riguardanti i documenti da consegnare.**Consenso al trattamento dei dati.

Per ogni tipo di liquidazione, ove l'avente diritto non abbia, ai sensi della vigente normativa (D. Lgs 196 del 30 giugno 2003), fornito in precedenza il consenso al trattamento dei propri dati, il consenso stesso dovrà essere manifestato utilizzando l'apposito modulo disponibile presso l'Agenzia Generale di competenza.

Eventuale ulteriore documentazione.

Solo in caso di necessità, finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto, potrà essere richiesta un'ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata.

Tempo di esecuzione della liquidazione.

Verificata, in base alla documentazione prodotta, la sussistenza dell'obbligo del pagamento, la Società mette a disposizione dell'avente diritto l'importo spettantegli, nei trenta giorni successivi alla consegna della documentazione completa (ovvero dal giorno del suo completamento). Decorso il suddetto termine, la Società è tenuta, sino all'adempimento dell'obbligazione, alla corresponsione degli interessi pattiziamente determinati nella misura del saggio legale.

Allegato I



**FATA**  
ASSICURAZIONI VITA



FATA VITA S.p.A. - Società per Azioni di Assicurazioni Sede Via Urbana, 169/A 00184 Roma. Telefono 06 47651 - Telefax 06 4871187 - Telegramma ASSIFATA ROMA - Capitale Sociale Euro 7.096.314,00 (interamente versato). Registro delle imprese di Roma, Codice Fiscale e Partita IVA n. 09052331007. Iscritta all'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00155. Società soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali iscritto al n. 026 all'albo dei gruppi assicurativi.



MODULO DI ADESIONE N. \_\_\_\_\_ alla Polizza Collettiva N. \_\_\_\_\_

TALE MODULO DI ADESIONE E' PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO  
QUALORA IL MODULO DI ADESIONE NON FOSSE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE NON SI POTRA' PROCEDERE ALL'EMISSIONE DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Filiale

Cod. Filiale

**CONTRAENTE**

CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA S.p.A. con sede in Corso Giovecca, 108 - 44121 Ferrara P. iva 01208710382

**ADERENTE/ASSICURANDO**

|  |                      |                                  |                      |   |  |
|--|----------------------|----------------------------------|----------------------|---|--|
| Cognome (da nubile se coniugata)   |                      | Nome                             |                      | Sesso   |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>             |                      | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |
| Codice fiscale (allegare fotocopia)  | Data di nascita      | Comune o Stato Estero di nascita |                      | Prov.   |  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |                      | <input type="text"/>                                  |  |
| Indirizzo di residenza   |                      | Comune di residenza              | C.A.P.               | Prov.   |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                  |  |
| Indirizzo per corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza) |                      | Località/Stato Estero            | C.A.P.               | Prov.   |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                  |  |

**DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO**

Pratica n.  Importo:

Rateazione:  Tasso mutuo:

**DATI TECNICI DELLA COPERTURA "TEMPORANEA CASO MORTE"**

Capitale assicurato iniziale  Euro  Durata

Premio unico anticipato  Euro

**COSTI A CARICO DELL'ADERENTE/ASSICURANDO**

Costi di emissione  Euro

Costi di acquisizione e gestione  Percentuale:   
Importo (Euro)

Quota parte percepita dall'intermediario  Percentuale:   
Importo (Euro)

Costi per rimborso premio non goduto in caso di estinzione anticipata del mutuo  Euro

Fatto salvo per il periodo di carenza indicato nelle Condizioni di Assicurazione, la copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione.

(continua Allegato I)

**QUESTIONARIO SANITARIO**

**Da compilare per Aderente/Assicurando di età non superiore a 50 anni e per un capitale assicurato non superiore a Euro 150.000.**

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara:

- di non soffrire attualmente, e di non aver sofferto in passato, di qualche malattia fisica o psichica o invalidità da cui non sia guarito completamente;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura, sanatori, ospedali o simili, anche se in regime di day-hospital, per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia inguinale, emorroidectomia, deviazione del setto nasale, parto cesareo, cisti benigne, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee semplici, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie;
- di non essere in attesa di ricovero;
- di non avere mai eseguito o di non prevedere l'esecuzione in un prossimo futuro di procedure invasive come coronarografie, angiografie, endoscopie del tratto digerente, respiratorio o urinario;  
(Per procedure invasive si intendono procedure eseguite a carico dell'apparato cardiovascolare (ad. es. angiografie, angioplastiche), digerente (ad. es. gastroscopie, colonscopie, ecc), respiratorio (ad. es. broncoscopie), urinario (ad. es. cistoscopie)).
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV;
- di non soffrire o di non aver sofferto di malattie o infortuni comportanti postumi invalidanti:
- di essere  NON fumatore.  
 fumatore (si definisce fumatore l'assicurato che nell'arco delle 24 ore fuma più di 10 sigarette).

Nome e cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Indirizzo del medico curante \_\_\_\_\_

- 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Aderente/Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

Il sottoscritto Aderente/Assicurando espressamente conferma, sotto la propria responsabilità, che, oltre a quanto sopra dichiarato, non soffre di alcuna altra malattia per la quale sia in corso di trattamento e di non essere in attesa di conoscere gli esiti di accertamenti clinico-strumentali ai quali eventualmente si sia sottoposto.

Data \_\_\_\_\_

L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Aderente/Assicurando proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia dovuto o dovesse ricorrere sia prima che dopo aver rilasciato le dichiarazioni sul suo stato di salute, nonché gli Ospedali, le Case di Cura, gli Enti e 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 rilasciarle 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.

Data \_\_\_\_\_

L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SULLE OCCUPAZIONI E ATTIVITÀ DELL'ADERENTE/ASSICURANDO**

1) OCCUPAZIONE PRINCIPALE: \_\_\_\_\_

- 2) a) per l'occupazione indicata è a contatto con alta tensione, sostanze radioattive, infiammabili, esplosivi, velenose o comunque nocive alla salute, ovvero sale su tralicci, ponteggi o supporti analoghi? SI  NO
- b) pratica uno o più delle seguenti attività: immersione, alpinismo, equitazione con gare, pugilato, gare automobilistiche (anche go-cart) e/o motociclistiche, paracadutismo, deltaplano, ciclismo professionistico (o dilettantistico, dietro moto), motonautica con gare o professionistica, kajak, rugby, sci acquatico con gare, vela d'altura con gare, arti marziali? SI  NO

**N.B. In caso di risposta affermativa precisare nello spazio quant'altro possa occorrere alla valutazione del rischio (es. profondità o altezza raggiunta, mezzi utilizzati, ecc.)**

\_\_\_\_\_

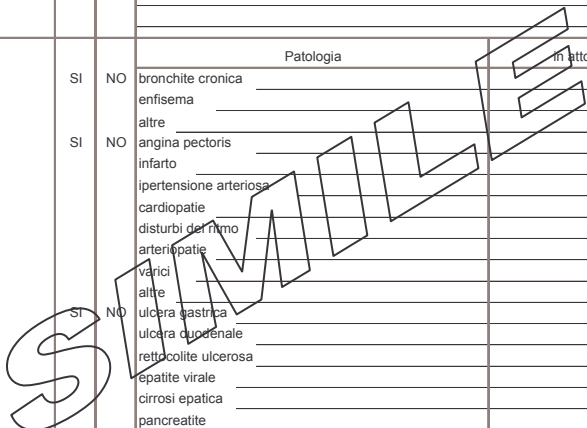
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

(continua Allegato I)

| QUESTIONARIO SANITARIO  |    |            |         |   |             |             |
|---|----|------------|---------|---|-------------|-------------|
| <b>Da compilare per Aderente/Assicurando di età superiore a 50 anni o per un capitale assicurato superiore a Euro 150.000</b>   |    |            |         |   |             |             |
| 1) COSTITUZIONE:  |    | Altezza cm | Peso kg | Pressione arteriosa                             | Max         | Min         |
| <p><b>2) a)</b> In ordine alla presente Adesione l'Aderente/Assicurando dichiara di essersi sottoposto al test HIV?</p> <p><b>b)</b> In caso affermativo allegare l'esito (1 = positivo 2 = negativo)</p> <p>N.B. Qualora l'Aderente/Assicurando non aderisca all'invito di sottoporsi al test HIV troveranno applicazione le condizioni di carenza previste nel Fascicolo Informativo.</p>   | SI | NO         |         | Esami eseguiti                                  | Data        |             |
|   | 1  | 2          |         |   |             |             |
| <p><b>3) a)</b> L'Aderente/Assicurando è fumatore?<br/>In caso affermativo specificare la quantità giornaliera</p> <p><b>b)</b> Beve abitualmente più di un litro di vino al giorno o altre bevande alcoliche e/o fa in modo continuativo uso di superalcolici?</p>   | SI | NO         |         | Quantità Giornaliera                            | dal         |             |
|   | SI | NO         |         |   |             |             |
| <p><b>4) a)</b> Indicare le generalità del medico di base (A.S.L.)</p> <p><b>b)</b> E' seguito da altri medici?<br/>Se sì indicare il nome</p>  | SI | NO         |         | Generalità                                      |             |             |
| <p><b>5) Ha sofferto o soffre di malattie:</b></p> <p><b>a)</b> dell'apparato respiratorio anche se su base allergica?</p> <p><b>b)</b> dell'apparato cardiovascolare?</p> <p><b>c)</b> dell'apparato digerente?</p> <p><b>d)</b> del sistema nervoso e/o malattie psichiatriche?</p> <p><b>e)</b> del sistema endocrino e neuroendocrino?</p> <p><b>f)</b> ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato urinario?</p> <p><b>g)</b> del sangue?</p> <p><b>h)</b> dell'apparato osteo articolare e del tessuto muscolare o del connettivo?</p> <p><b>i)</b> degli organi di senso?</p> | SI | NO         |         | Patologia                                       | in atto dal | guarito dal |
|   | SI | NO         |         | bronchite cronica _____                         |             |             |
|   |    |            |         | enfisema _____                                  |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | angina pectoris _____                           |             |             |
|   |    |            |         | infarto _____                                   |             |             |
|   |    |            |         | ipertensione arteriosa _____                    |             |             |
|   |    |            |         | cardiopatie _____                               |             |             |
|   |    |            |         | disturbi del ritmo _____                        |             |             |
|   |    |            |         | arteriopatie _____                              |             |             |
|   |    |            |         | varici _____                                    |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | ulcera gastrica _____                           |             |             |
|   |    |            |         | ulcera duodenale _____                          |             |             |
|   |    |            |         | rettocolite ulcerosa _____                      |             |             |
|   |    |            |         | epatite virale _____                            |             |             |
|   |    |            |         | cirrosi epatica _____                           |             |             |
|   |    |            |         | pancreatite _____                               |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | epilessia _____                                 |             |             |
|   |    |            |         | nevrosi _____                                   |             |             |
|   |    |            |         | sindromi depressive _____                       |             |             |
|   |    |            |         | psicosi _____                                   |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | diabete mellito _____                           |             |             |
|   |    |            |         | diabete mellito in trattamento insulinico _____ |             |             |
|   |    |            |         | malattie della tiroide _____                    |             |             |
|   |    |            |         | malattie dell'ipofisi _____                     |             |             |
|   |    |            |         | malattie del surrene _____                      |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | calcolosi renale _____                          |             |             |
|   |    |            |         | rene policistico _____                          |             |             |
|   |    |            |         | glomerulo -nefrite _____                        |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | anemia _____                                    |             |             |
|   |    |            |         | anemia mediterranea _____                       |             |             |
|   |    |            |         | emofilia _____                                  |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | artrite reumatoide _____                        |             |             |
|   |    |            |         | artrosi _____                                   |             |             |
|   |    |            |         | ernia discale _____                             |             |             |
|   |    |            |         | lupus eritematoso sistemico (LES) _____         |             |             |
|   |    |            |         | dermatomiosite _____                            |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |
|   | SI | NO         |         | miopia _____                                    |             |             |
|   |    |            |         | strabismo _____                                 |             |             |
|   |    |            |         | glaucoma _____                                  |             |             |
|   |    |            |         | cataratta _____                                 |             |             |
|   |    |            |         | distacco della retina _____                     |             |             |
|   |    |            |         | otite _____                                     |             |             |
|   |    |            |         | mastoidite _____                                |             |             |
|   |    |            |         | otosclerosi _____                               |             |             |
|   |    |            |         | Sindrome di Meniere _____                       |             |             |
|   |    |            |         | altre _____                                     |             |             |



FAC

(continua Allegato I)

|  |    |    |  |                    |  |
|--|----|----|--|--------------------|--|
| l) della pelle?  | SI | NO | psoriasi _____<br>pemfigo _____<br>altre _____ |                    |  |
| m) dell'apparato genitale?   | SI | NO | ipertrofia prostatica<br>altre _____           |                    |  |
| per donne: malattia delle mammelle?  | SI | NO | mastopatie _____                               |                    |  |
| n) è affetto da malattie tumorali e/o neoplastiche?  | SI | NO |  |                    |  |
| o) è affetto da malattie genetiche/congenite?  | SI | NO |  |                    |  |
| p) altre patologie?  | SI | NO |  |                    |  |
| 6) a) Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?  | SI | NO | Tipo di sostanza _____                         | Periodo _____      |  |
|  |    |    |  | dal _____ al _____ |  |
| 7) a) E' stato sottoposto a chemio e/o cobalto e/o radio terapia?  | SI | NO | Motivazione sanitaria _____                    | Periodo _____      |  |
|  |    |    |  | dal _____ al _____ |  |
| 8) a) Ha mai fatto uso o fa uso di farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?   | SI | NO | Motivazione sanitaria _____                    | Periodo _____      |  |
|  |    |    |  | dal _____ al _____ |  |
| b) Ha mai fatto o fa uso di farmaci per altre patologie?   | SI | NO |  | dal _____ al _____ |  |
| 9) a) E' stato mai ricoverato in Case di Cura, anche per regime di Day Hospital?   | SI | NO | Motivazione sanitaria _____                    | Periodo _____      |  |
|  |    |    |  | dal _____ al _____ |  |
| 10) a) Sono state rilevate alterazioni e/o malattie attraverso accertamenti diagnostici? In caso affermativo indicare gli esami eseguiti | SI | NO | Esami eseguiti -Tipologia della malattia _____ | Data _____         |  |
|  |    |    |  |                    |  |

Le informazioni del questionario sanitario possono essere presentate anche in via riservata in busta chiusa con soprafirma a suggello del Contraente.

- 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Aderente/Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

Il sottoscritto Aderente/Assicurando espressamente conferma, sotto la propria responsabilità, che, oltre a quanto sopra dichiarato, non soffre di alcuna altra malattia per la quale sia in corso di trattamento e di non essere in attesa di conoscere gli esiti di accertamenti clinico-strumentali ai quali eventualmente si sia sottoposto.

Data \_\_\_\_\_ L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Aderente/Assicurando proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia dovuto o dovesse ricorrere sia prima che dopo aver rilasciato le dichiarazioni sul suo stato di salute, nonché gli Ospedali, le Case di Cura, gli Enti e 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 rilasciarle 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.

Data \_\_\_\_\_ L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SULLE OCCUPAZIONI E ATTIVITÀ DELL'ADERENTE/ASSICURANDO**

- 1) OCCUPAZIONE PRINCIPALE: \_\_\_\_\_
- 2) a) per l'occupazione indicata è a contatto con alta tensione, sostanze radioattive, infiammabili, esplosivi, velenose o comunque nocive alla salute, ovvero sale su tralicci, ponteggi o supporti analoghi? SI  NO
- b) pratica uno o più delle seguenti attività: immersione, alpinismo, equitazione con gare, pugilato, gare automobilistiche (anche go-cart) e/o motociclistiche, paracadutismo, deltaplano, ciclismo professionistico (o dilettantistico, dietro moto), motonautica con gare o professionistica, kajak, rugby, sci acquatico con gare, vela d'altura con gare, arti marziali? SI  NO

**N.B. In caso di risposta affermativa precisare nello spazio quant'altro possa occorrere alla valutazione del rischio (es. profondità o altezza raggiunta, mezzi utilizzati, ecc.)**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ L'ADERENTE / ASSICURANDO \_\_\_\_\_

(continua Allegato I)

**BENEFICIARI**

**BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE:**

Qualora la prestazione liquidabile risulti superiore all'importo residuo del mutuo, tale eccedenza sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Aderente/Assicurando.

**AVVERTENZA**

L'ADERENTE/ASSICURANDO DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO ATTINENTE ALLA POLIZZA N. \_\_\_\_\_ E DI ACCETTARNE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE IN ESSO CONTENUTE.

L'ADERENTE / ASSICURANDO

**DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURANDO**

L'Aderente/Assicurando è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con la presente adesione e dichiara di essere a conoscenza che l'adesione al contratto si riterrà conclusa nel momento in cui la Società rilascerà all'Aderente il Certificato di Assicurazione o l'Aderente riceverà per iscritta comunicazione di assenso della Società.

Data

L'ADERENTE / ASSICURANDO

L'Aderente/Assicurando autorizza [Banca] ad addebitare l'importo relativo al premio assicurativo sul conto corrente n. \_\_\_\_\_ acceso presso la filiale di \_\_\_\_\_

Data

L'ADERENTE / ASSICURANDO



## GLOSSARIO

Agli effetti del presente Fascicolo informativo si intendono per:

### **Aderente**

Il soggetto che coincide con l'Assicurato, il quale ha richiesto il mutuo con la Contraente. Con la sottoscrizione del Modulo di adesione, l'Aderente assume in proprio gli obblighi nascenti dall'Assicurazione.

### **Anno (annualità, annuale, annuo)**

Periodo di tempo pari a 365 o 366 giorni a seconda dell'anno di calendario cui ci si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

### **Appendice**

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

### **Assicurato**

Persona fisica sulla cui vita viene stipulata l'assicurazione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

### **Assicuratore**

Vedi "Società".

### **Beneficiario**

Riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

### **Certificato di assicurazione**

Il documento che prova il perfezionamento dell'adesione all'Assicurazione, richiesta dal singolo Aderente.

### **Compagnia**

Vedi "Società".

### **Condizioni di Assicurazione**

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

### **Contraente**

La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.

### **Costi**

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

### **Età (età assicurativa)**

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

### **Impresa**

Vedi "Società".

### **ISVAP**

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

### **Modulo di adesione**

Il documento sottoscritto dall'Aderente mediante il quale lo stesso manifesta la volontà di aderire all'Assicurazione.

### **Mese (mensilità, mensile)**

Periodo di tempo pari a 28 o 29 o 30 o 31 giorni, a seconda del mese di calendario cui ci si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

### **Premio**

La somma dovuta alla Società per la garanzia offerta.

### **Ricorrenza annuale**

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

### **Società**

La Compagnia FATA VITA S.p.A., impresa che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.



# FATA

## ASSICURAZIONI VITA



FATA VITA S.p.A. - Società per Azioni di Assicurazioni Sede Via Urbana, 169/A 00184 Roma. Telefono 06 47651 - Telefax 06 4871187 - Telegramma ASSIFATA ROMA - Capitale Sociale Euro 7.096.314,00 (Interamente versato). Registro delle imprese di Roma, Codice Fiscale e Partita IVA n. 09052331007. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00155. Società soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali iscritto al n. 026 all'albo dei gruppi assicurativi.



## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA COLLETTIVA N. \_\_\_\_\_

TALE PROPOSTA È PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO  
QUALORA LA PROPOSTA NON FOSSE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE NON SI POTRÀ PROCEDERE ALL'EMISSIONE DEL CONTRATTO

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Agenzia                                  | Cod. Ag.                                 | Cod. Subag.                              | Cod. Prod.                               | Cod. Conv.                               |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

**CONTRAENTE**

Denominazione

P.IVA  Data di costituzione   
g g m m a a a a

Sede Legale  Comune  CAP  Prov.

Indirizzo per corrispondenza, se diverso dalla sede legale  Comune  CAP  Prov.

**Estremi del documento del Rappresentante Delegato (Allegare fotocopia)**

Tipo documento  Numero documento

**01** Carta d'identità    
  **02** Patente di guida    
  **03** Passaporto    
  **06** Altro (specificare)

Data di rilascio  Ente e Località di rilascio  Gruppo Attività (TAE/RAE)  Sottogruppo Attività (SAE)   
g g m m a a a a

**Dati del Rappresentante Delegato**

Cognome (da nubile se coniugata)  Nome  Sesso    
**M F**

Codice fiscale (Allegare fotocopia)  Data di nascita  Comune o Stato Estero di nascita  Prov.   
g g m m a a a a

Residenza: Indirizzo  Comune  CAP  Prov.



| CARATTERISTICHE CONTRATTUALI |         |                 |                  |
|------------------------------|---------|-----------------|------------------|
| DENOMINAZIONE PRODOTTO       | TARIFFA | DECORRENZA      | DURATA           |
| FATA MUTUO SERENO            | 210FE   | g g m m a a a a | anni mesi giorni |

**PAGAMENTO DELL'IMPORTO CORRISPONDENTE AL PREMIO UNICO**

E' dovuto il pagamento di un premio unico in via anticipata alla data di decorrenza di ciascuna posizione individuale, secondo le modalit  previste dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo informativo.

**MEZZI DI PAGAMENTO**

Il Contraente   tenuto a versare alla Societ , per conto di ogni Aderente, il premio per ciascuna copertura individuale tramite addebito su conto corrente.

**FATA VITA S.p.A. provveder  a riconoscere ai mezzi di pagamento la seguente valuta: giorno di decorrenza della posizione individuale**

**Non   ammesso il pagamento in contanti**

**BENEFICIARI**

Per ciascuna posizione individuale, i Beneficiari dell'assicurazione sono indicati nel modulo di Adesione.

**RACCOMANDAZIONI 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Aderente/Assicurando pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

**AVVERTENZA**

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, ACCETTANDONE IL RELATIVO CONTENUTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO ATTINENTE AL CONTRATTO CHE VERR  EMESSO, CHE SI COMPONE, OLTRE ALLA PRESENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, DI:

NOTA INFORMATIVA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE

GLOSSARIO

Il Contraente

**SPAZIO RISERVATO AL CONTRAENTE**

Il Contraente   responsabile della veridicit  e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con la presente Proposta e dichiara di essere a conoscenza che il contratto si riterr  concluso nel momento in cui la Societ  rilascer  al Contraente la Polizza o il Contraente ricever  per iscritto comunicazione di assenso della Societ .

Data Il Contraente

**SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO**

Data Firma dell'intermediario (valida anche per l'identificazione del Contraente)

### INFORMATIVE AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

#### Informativa Contrattuale

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi assicurativi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti commessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiedeme il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Assistenza Legale - UFFICIO PRIVACY di FATA ASSICURAZIONI DANNI SPA.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Assistenza Legale-UFFICIO PRIVACY - FATA ASSICURAZIONI DANNI SPA - Via Urbana, 169/a 00184 Roma 06 47 651 fax 06 48 15 934). Il sito [www.fata-assicurazioni.it](http://www.fata-assicurazioni.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui le modalità con cui conoscere l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

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

Nome e cognome dell' /gli interessato/i (leggibili) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Informativa Commerciale

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano per utilizzarli per finalità di promozione commerciale e di analisi di mercato, volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i nuovi servizi della Società e di altre Società del Gruppo.

I dati utilizzati sono solo quelli strettamente necessari agli scopi sopraindicati, sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a tali fini e per questo possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati, a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (1). I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Il mancato consenso comporterà l'impossibilità da parte nostra di utilizzare i Suoi dati per le finalità sopraindicate.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiedeme il blocco ed opporsi al loro trattamento (2).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Assistenza legale - UFFICIO PRIVACY di FATA ASSICURAZIONI DANNI SPA.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Assistenza Legale-UFFICIO PRIVACY - FATA ASSICURAZIONI DANNI SPA - Via Urbana, 169/a 00184 Roma 06 47 651 fax 06 48 15 934). Il sito [www.fata-assicurazioni.it](http://www.fata-assicurazioni.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui le modalità per conoscere i nomi dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per fini promozionali anche mediante tecniche di comunicazione a distanza da parte:

- della Società, anche utilizzando i soggetti sopra indicati, sia per informazioni sui prodotti dei propri programmi assicurativi, sia per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela

SI  NO

di Società del Gruppo per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi

SI  NO

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

Nome e cognome dell' /gli interessato/i (leggibili) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### NOTE:

- (1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno.
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SDM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, pigoratari, vincolatari, società del Gruppo e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria tra cui Autorità Giudiziarie e Forze dell'Ordine, ISVAP, Banca d'Italia - UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

#### NOTE:

- (1) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate: agenti, subagenti, produttori d'agenzia, società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi informatici, telematici, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, nonché società specializzate in ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.
- (2) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.