

Assicurazione temporanea caso morte e malattie gravi a capitale e premio annuo costante



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: Itas Vita S.p.A.

Prodotto: "Per Loro² - 6ADD21/DD21 - 6ADD2150/DD2150"

Ultima edizione disponibile pubblicata: 30/06/2025

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Per Loro² è un prodotto che offre una copertura per il caso di morte e malattie gravi. La copertura prevede la corresponsione ai beneficiari designati, in caso di decesso dell'assicurato, del capitale selezionato in polizza. Inoltre, nel caso in cui, durante il corso del contratto, venga diagnosticata all'assicurato una delle malattie gravi previste dal prodotto, viene liquidato all'assicurato un anticipo del capitale selezionato in polizza per il caso morte. In questo caso, la assicurazione prosegue con la sola copertura morte per il capitale assicurato residuo e il Contraente è esonerato dal pagamento dei premi successivi fino alla scadenza del contratto.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

- **In caso di morte** dell'assicurato prima della scadenza contrattuale, i beneficiari riceveranno il capitale assicurato che il contraente ha scelto al momento della sottoscrizione, indicato sul documento di polizza.
- **In caso di malattia grave** dell'assicurato prima della scadenza contrattuale, l'assicurato stesso riceverà un anticipo del capitale selezionato al momento della sottoscrizione, in base alla percentuale prescelta del 25% o 50%.



Che cosa NON è assicurato?

È escluso dalla garanzia la morte o le malattie causate da:

- × dolo del contraente o del beneficiario;
- × partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi;
- × partecipazione attiva dell'assicurato ad atti guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, insurrezioni, sommosse 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 se ed in quanto l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'assicurato in un Paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- × armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- × guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo di abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente/brevetto scaduti, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti del rinnovo;
- × partecipazione a competizioni e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore, nonché pratica di sport estremi (es. scalata di roccia e accesso a ghiacciai oltre il 3° grado - Scala U.I.A.A., sci acrobatico, tuffi dalle grandi altezze) e relative prove;
- × incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- × suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- × infortuni dell'assicurato procurati dallo stesso in stato di ebbrezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico pari o superiore a 1 grammo per litro (g/l);
- × malattie correlate al consumo prolungato e sistematico di sostanze alcoliche, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

In aggiunta:

Per la garanzia malattie gravi.

Sono esclusi i casi di malattia grave derivanti da:

- × *Insorgenza di una grave patologia che si manifesti entro i primi 5 anni dal perfezionamento della Polizza e che sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata;*
- × *Malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto*
- × *Uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;*
- × *Rifiuto di seguire le cure mediche;*
- × *Tentato suicidio o azioni di autolesionismo da parte dell'Assicurato;*
- × *Contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;*
- × *Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, terremoti e fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;*
- × *Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);*
- × *Disturbi neurologici del movimento, patologie della psiche (ansia, depressione, altro), patologie del sistema nervoso centrale (es. malattia del motoneurone, paresi, ascessi intercranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, altro);*



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurato alla data di decorrenza del contratto deve essere:

- ! Residente/domiciliato in Italia.
- ! Di età compresa tra i 18 e i 65 anni. L'età a scadenza non può comunque superare il 70° anno di età.
- ! Nel caso in cui l'assicurato abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, a decorrere dall'entrata in vigore dell'assicurazione, la garanzia per il caso di morte viene sospesa per un periodo di sei mesi denominato " periodo di carenza".
Limitatamente al caso di decesso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) il periodo di carenza viene esteso a cinque anni.
- ! La garanzia per il caso malattia grave viene sospesa per un periodo di sei mesi per tutte le malattie, con l'esclusione di demenza, morbo di Parkinson e morbo di Alzheimer per cui la garanzia non opera per i primi 36 mesi.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura per il rischio morte e malattia grave è valida in tutto il mondo. Tuttavia è escluso dalla garanzia il decesso avvenuto in un paese estero in una situazione di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, insurrezioni.



Che obblighi ho?

- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione caso morte, al fine di consentire la corresponsione del capitale assicurato, i beneficiari devono comunicare l'avvenuta morte dell'assicurato, presentando il certificato di morte e relazione medica sulle cause e le circostanze della morte.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione caso malattia grave, al fine di consentire la corresponsione del capitale assicurato, l'assicurato deve fornire certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica.
- In fase di sottoscrizione le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Quando esiste dolo o colpa grave, ITAS Vita può contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza o, se è già avvenuto il sinistro, di rifiutare qualsiasi pagamento, ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile. Quando non esiste dolo o colpa grave, ITAS Vita può recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile.

Per maggiori informazioni consultare il Dip Aggiuntivo



Quando e come devo pagare?

Le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che il contraente abbia regolarmente corrisposto il premio annuo, costante per tutta la durata del contratto, indicato nel documento di polizza. Il premio è determinato in relazione all'ammontare delle garanzie assicurate, alla loro durata e all'età dell'assicurato, al suo stato di salute e alle sue attività professionali/sportive svolte.

Il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali con periodicità semestrale, trimestrale o mensile. In tal caso vengono applicati i seguenti interessi di frazionamento:

Frazionamento	Costo
Semestrale	1,0%
Trimestrale	2,0%
Mensile	3,0%

Il premio di primo anno, anche ove sia previsto un frazionamento in più rate, è dovuto per intero.

I mezzi di pagamento del premio devono avere quale diretta beneficiaria ITAS Vita o l'Agente nella sua qualità di intermediario della società stessa e sono: assegno postale, assegno bancario e assegno circolare non trasferibili, bonifico bancario, S.D.D. (Sepa Direct Debit), bollettino c/c postale, vaglia postale o similari, carte di credito o di debito.

E' tassativamente vietato il pagamento del premio in contanti, ai sensi della normativa diramata dall'Istituto di Vigilanza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata può essere fissata, a scelta del contraente, da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni.

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è stato effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva.

Il mancato perfezionamento entro 30 giorni dalla data di decorrenza, comporta lo storno del contratto.

Il periodo di copertura si conclude a scadenza del contratto o al verificarsi della morte dell'assicurato.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Il contraente ha sempre facoltà di revocare la proposta di assicurazione.

Il contraente può recedere entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.

Il contraente può risolvere il contratto.

Per maggiori specifiche consultare il Dip Aggiuntivo.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Entro 12 mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi il contraente potrà richiedere, per iscritto, la riattivazione del contratto risolto. ITAS Vita si riserva di accogliere la riattivazione a seguito di nuovi accertamenti sanitari, tenuto conto del loro esito. Il cliente sarà comunque tenuto al pagamento integrale di tutte le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali per il periodo intercorso tra ciascuna data di scadenza e la data di riattivazione. La riattivazione del contratto ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il presente contratto non ammette né la riduzione delle prestazioni assicurate né la possibilità di riscatto.

Assicurazione temporanea in caso di morte e malattie gravi a capitale ed a premio annuo costanti

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP aggiuntivo Vita)



Prodotto: "Per Loro² - 6ADD21-DD21 - 6ADD2150-DD2150"

Ultima edizione disponibile pubblicata: 01/01/2026

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

ITAS VITA S.p.A Impresa di assicurazione italiana appartenente al Gruppo ITAS Assicurazioni, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di ITAS Mutua.

Sede Legale e Direzione Generale: Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento - Italia - Tel. 800 292 837

www.gruppoitas.it; segreteria.dirgen@gruppoitas.it; itas.vita@pec-gruppoitas.it

Impresa autorizzata all'esercizio della assicurazione vita con D.M. n° 6405 del 11.12.1968 (G.U. n° 5 del 8.1.1969) - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00035

Di seguito si riportano i principali valori dell'ultimo bilancio d'esercizio approvato e i dati essenziali sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa pubblicati con la Relazione SFCR Annual disponibile sul sito <https://www.gruppoitas.it/it/dati-societari/sfcr-unico-di-gruppo>.

Importi riferiti al 31 dicembre 2024	Patrimonio netto	Risultato economico di periodo	Solvency Ratio
Itas Vita SpA (valori in milioni di euro)	225	- 89	269%

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP vita

Ci sono limiti di copertura?

- La copertura viene garantita anche nel corso del periodo di carenza se la morte si verifica per conseguenza diretta di una delle seguenti cause:
 - malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
 - shock anafilattico;
 - infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
- In caso di suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- Limitazioni relative alla garanzia malattie gravi: non vi sono vi informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Vita.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a clienti (persona fisica o giuridica) che abbiano necessità di tutelare i beneficiari designati dalle conseguenze economiche del loro decesso o di altro assicurato e di tutelare l'assicurato contro l'insorgenza di una grave malattia; la copertura assicurativa prevede, a fronte del pagamento di un premio annuo costante, la corresponsione di un capitale assicurato in caso di decesso e/o una percentuale stabilita dello stesso capitale in caso di insorgenza di grave malattia.

Il prodotto è destinato a soggetti con un'età compresa tra i 18 e 65 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

TIPO DI COSTI	COSTI
Costo fisso di emissione applicato al premio annuo	Euro 30,00
Costo fisso di emissione applicato ai Soci di ITAS Mutua su ogni premio annuo (tariffa 6ADD2150-DD2150)	Euro 20,00
Costo di caricamento applicato su ogni premio al netto del costo fisso di cui sopra	15,00%
Costo di caricamento applicato ai Soci di ITAS Mutua su ogni premio al netto del costo fisso di cui sopra (tariffa 6ADD2150-DD2150)	10,00%
Interessi di frazionamento su premio annuo, costo variabile in funzione del frazionamento scelto	1,00% semestrale, 2,00% trimestrale, 3,00% mensile
Costi eventuali per visite mediche nei casi espressamente previsti dalla Società	Eventuali accertamenti richiesti sono a totale carico dell'assicurato. Tali costi non sono preventivamente quantificabili e possono variare da un minimo di euro 30,00 ad un massimo di euro 400,00.

Tali costi non variano in funzione dell'età, del sesso dell'assicurato, della durata contrattuale e dell'importo.

Costi per riscatto

Non ci sono costi in quanto non è previsto il riscatto.

Costi per l'erogazione della rendita

Non ci sono costi in quanto non è prevista l'erogazione della rendita.

Costi per l'esercizio delle opzioni

Non ci sono costi in quanto non è previsto l'esercizio delle opzioni.

Costi di intermediazione

La quota dei costi percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo a questo prodotto, è pari al 49,79%.

Costi dei PPI

Non ci sono costi in quanto non si tratta di una polizza PPI.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:</p> <p>ITAS VITA S.P.A. – Servizio Reclami – Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38122 Trento, Italia; Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it</p> <p>I reclami devono contenere:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.</p> <p>Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it alla sezione "per i Consumatori" al link "Reclami".</p>

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

Arbitro Assicurativo	<p>Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.</p>
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.</p>
Negoziazione	

assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.</p> <p>I premi relativi alla copertura del rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, sono annualmente detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente, secondo le condizioni e nei limiti fissati dalla legge.</p> <p>Le somme corrisposte in caso di morte dell'assicurato sono esenti sia dall'IRPEF sia dall'imposta sulle successioni.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Assicurazione temporanea caso morte e malattie gravi a capitale e premio annuo costanti

Queste condizioni di assicurazione sono state redatte secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari".

INDICE

NORME DI CARATTERE GENERALE	3
Art. 1 Caratteristiche del contratto	3
Art. 2 Stipula e perfezionamento del contratto	3
Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 4 Revoca della proposta	3
Art. 5 Diritto di recesso	3
Art. 6 Cessione, pegno e vincolo	3
Art. 7 Foro competente	4
Art. 8 Rinvio alle norme di legge	4
Art. 9 Tasse e imposte	4
Art. 10 Recapiti	4
COSA SI ASSICURA	4
Art. 11 Prestazione in caso di morte dell'assicurato	4
Art. 12 Prestazione in caso di malattie gravi dell'assicurato	4
COSA NON SI ASSICURA	8
Art. 13 Esclusioni in caso di morte	8
Art. 14 Esclusioni in caso di malattie gravi	9
Art. 15 Periodo di carenza garanzia caso di morte	9
Art. 16 Periodo di carenza garanzia malattie gravi	10
COME SI ASSICURA	10
Art. 17 Garanzie in caso di morte e in caso di malattie gravi dell'assicurato	10
Art. 18 Durata e limiti sottoscrittivi	10
Art. 19 Premi	11
Art. 20 Costi	12
A CHI E COME SI LIQUIDA	12
Art. 21 Beneficiari per il caso malattia grave	12
Art. 22 Beneficiari per il caso morte	12
Art. 23 Liquidazioni	13
Art. 24 Riconoscimento delle malattie gravi	15
GLOSSARIO	16

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 1 Caratteristiche del contratto

Per Loro² è un prodotto che offre una copertura per il caso di morte e malattie gravi. La copertura prevede la corresponsione ai beneficiari designati, in caso di decesso dell'assicurato, del capitale selezionato in polizza. Inoltre, nel caso in cui, durante il corso del contratto, venga diagnosticata all'assicurato una delle malattie gravi previste dal prodotto, viene liquidato all'assicurato un anticipo del capitale selezionato in polizza per il caso morte. In questo caso, la assicurazione prosegue con la sola copertura morte per il capitale assicurato residuo e il Contraente è esonerato dal pagamento dei premi successivi fino alla scadenza del contratto.

Art. 2 Stipula e perfezionamento del contratto

Il contratto è stipulato nel momento in cui il contraente, dopo aver firmato la proposta, riceve da parte di ITAS Vita il documento di polizza firmato o altra comunicazione scritta che attesta l'assenso di ITAS Vita.

L'assicurazione si perfeziona, e quindi entra in vigore, se è pagato il premio:

- dalle 24 del giorno di stipula del contratto
- dalle 24 del giorno indicato sul documento di polizza come data di decorrenza, se successivo.

Ai fini della stipula del contratto, contraente ed assicurato devono essere entrambi domiciliati e residenti in Italia.

Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato relative alle circostanze del rischio devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze in merito a circostanze tali che, se ITAS Vita avesse conosciuto lo stato vero delle cose, non avrebbe assunto il rischio o non alle stesse condizioni, ITAS Vita stessa si riserva:

- quando esiste dolo o colpa grave, di contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza o, se il sinistro è già avvenuto, di rifiutarsi di liquidare (ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile);
- quando non esiste dolo o colpa grave, di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre la somma da liquidare (ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile);

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 3.1 Dichiarazioni in corso di contratto

In corso di contratto **il contraente ha l'obbligo di comunicare a ITAS Vita eventuali cambiamenti di professione o di attività sportiva dell'assicurato**, che possano comportare un aggravamento del rischio (artt. 1898 e 1926 del Codice Civile), con raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata PEC da inviare al proprio intermediario o alla sede di ITAS Vita (recapiti all'art. 10).

Art. 4 Revoca della proposta

Prima della stipula del contratto, **il contraente può sempre revocare la proposta di assicurazione**, con raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata PEC da inviare al proprio intermediario o alla sede di ITAS Vita (recapiti all'art.10). L'originale della proposta dovrà essere recapitato alla sede di ITAS Vita.

Art. 5 Diritto di recesso

Il contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla stipula, con raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata PEC (recapiti all'art.10).

L'originale di polizza, eventuali appendici e, in presenza di pegno o vincolo, atto di assenso al recesso firmato dal creditore titolare del pegno o dal vincolatario, dovranno essere recapitati alla sede di ITAS Vita.

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione che deriva dal contratto con decorrenza dalle 24 del giorno di inoltro della comunicazione. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, ITAS Vita rimborsa al contraente l'intero premio eventualmente pagato, al netto della parte di premio relativa al rischio corso per il periodo nel quale l'assicurazione è stata in vigore.

Art. 6 Cessione, pegno e vincolo

Il contraente può cedere ad altri il contratto, può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Questi atti diventano efficaci solo quando ITAS Vita li annota sull'originale del documento di polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di recesso e di liquidazione delle prestazioni assicurate richiedono l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Art. 7 Foro competente

Per le controversie relative a questo contratto è competente l'autorità giudiziaria italiana del luogo della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del contraente, dell'assicurato, del beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 8 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le leggi italiane.

Art. 9 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al contratto sono a carico del contraente, dei beneficiari o dei loro aventi diritto.

Art. 10 Recapiti

Le comunicazioni possono essere inviate al proprio intermediario o alla sede di ITAS Vita all'indirizzo Piazza delle Donne Lavoratrici nr. 2, 38122 Trento - o a mezzo posta elettronica certificata PEC a itas.vita@pec-gruppoitas.it.

COSA SI ASSICURA

Art. 11 Prestazione in caso di morte dell'assicurato

In caso di morte dell'assicurato nel corso del contratto, ITAS Vita si impegna a liquidare ai beneficiari caso morte il capitale assicurato.

Se invece l'assicurato avesse già ottenuto il pagamento della prestazione in caso di grave malattia (art. 12), ITAS Vita si impegna, in caso di morte nel corso del contratto, a liquidare ai beneficiari caso morte la differenza tra il capitale assicurato e il capitale anticipativo.

Il capitale assicurato viene definito dal contraente in fase di sottoscrizione ed è costante per la durata del contratto. Il capitale assicurato non può essere inferiore a 30.000 euro.

Nel caso di morte per uno dei casi oggetto di esclusione dalla garanzia elencati all'art. 13 o durante il periodo di carenza (vedi art. 15), se il premio è stato pagato regolarmente, ITAS Vita liquida ai beneficiari caso morte un importo pari alla somma dei premi pagati.

Art. 12 Prestazione in caso di malattie gravi dell'assicurato

In caso di malattie gravi (come indicato nell' art.12.1) dell'assicurato diagnosticata nel corso del contratto, ITAS Vita si impegna a liquidare all'assicurato stesso il capitale anticipativo.

Il capitale anticipativo viene definito dal contraente in fase di sottoscrizione, scegliendo tra il 25% o il 50% del capitale assicurato ed è costante per la durata del contratto. Il capitale anticipativo in ogni caso non potrà essere superiore a 200.000 euro.

Art.12.1 Malattie gravi: definizione

Per "malattie gravi" si intendono esclusivamente le seguenti malattie:

Infarto Miocardico Acuto (di gravità specifica)

Necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi di infarto miocardico acuto:

- Sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

- Comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG.
- Variazione caratteristica degli enzimi cardiaci (Troponina T cardiaca, Troponina I cardiaca o CK-MB) con almeno uno dei suddetti valori al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento.

Devono sussistere prove certe di un infarto miocardico acuto confermate da un cardiologo e comprovanti l'anomalia emersa in regione parietale presente almeno sei settimane dopo l'evento o frazione di eiezione ventricolare inferiore a 50% a tre mesi o più dall'evento.

Per la definizione di cui sopra, le seguenti condizioni non sono coperte:

- Angina pectoris senza infarto del miocardio;
- Altre sindromi coronariche acute senza infarto del miocardio;
- Aumento di enzimi o biomarcatori cardiaci per cause non correlate ad attacco cardiaco.

Ictus cerebrale (con danno neurologico permanente e sintomi clinici permanenti)

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti come di seguito definiti. La valutazione delle condizioni di cui sopra può essere fatta non prima di 3 mesi dall'evento di ictus cerebrale.

La diagnosi deve essere confermata da uno specialista neurologo e dovrà essere comprovata tramite esiti di risonanza magnetica, tomografia computerizzata o altre tecniche di diagnostica per immagini compatibili affidabili per la diagnosi di ictus.

Per la definizione di cui sopra, le seguenti condizioni non sono coperte:

- Attacchi ischemici transitori (TIA);
- Sintomi cerebrali dovuti ad emicrania;
- Danno al tessuto cerebrale in seguito a trauma, infortunio, ipossia generale, intervento medico, infezione, vasculite e malattia infiammatoria;
- Danno vascolare che colpisca l'occhio o il nervo ottico;
- Disturbi ischemici dell'apparato vestibolare;
- Riscontri casuali tramite tecniche di diagnostica per immagini (TC o RMN) in assenza di chiari sintomi clinici correlati.

Insufficienza renale (in dialisi permanente)

L'irreversibilità cronica o l'insufficienza totale di entrambi i reni a conseguenza della quale si rende necessaria una regolare dialisi renale. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista nefrologo accludendo conferma della necessità del trattamento di dialisi.

Insufficienza epatica cronica terminale

L'Insufficienza epatica cronica terminale che è da intendersi permanente e irreversibile e caratterizzata da ittero permanente, varici esofagee, ascite e encefalopatia epatica. I criteri sopra menzionati devono essere presenti in modo persistente e la diagnosi di insufficienza epatica cronica terminale deve essere stata

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

confermata dal medico specialista in Gastroenterologia o in Medicina Interna. L'insufficienza epatica cronica terminale secondaria da abuso di alcoolici e droghe è esclusa.

Cancro

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.

Il termine neoplasia maligna comprende leucemia, linfoma e sarcoma.

Per la definizione di cui sopra, le seguenti condizioni sono espressamente escluse:

1. Tutti i casi che sono istologicamente classificati come segue:
 - a) Pre-maligni;
 - b) Non invasivi;
 - c) Carcinoma-in-situ (Tis) o Ta (Classificazione TNM);
 - d) Con potenziale maligno limitato o basso;
 - e) Con qualsiasi grado di potenziale maligno, ma senza invasione di tessuto normale;
 - f) Con potenziale maligno sospetto;
 - g) Neoplasia ad evoluzione dubbia o incerta;
 - h) Tutti i gradi di displasia, lesioni intraepiteliali squamose (HSIL e LSIL) e neoplasie intraepiteliali.
2. Leucemia Linfocitica Cronica istologicamente classificata inferiormente a RAI Stage 3.
3. Tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV;
4. Qualsiasi carcinoma cutaneo non melanoma, linfoma primitivo della cute e dermatofibrosarcoma protuberans confinato alla cute salvo non vi sia evidenza di metastasi ai linfonodi o oltre;
5. Melanoma maligno che non abbia causato un'invasione oltre l'epidermide;
6. Tutti i tumori della prostata salvo non siano istologicamente classificati con grado di Gleason superiore a 6 o siano progrediti almeno in uno stadio T2N0M0 (Classificazione TNM);
7. Tutti i tumori della tiroide istologicamente classificati in uno stadio T1N0M0 (Classificazione TNM) o inferiore;
8. Tutti i tumori della vescica istologicamente classificati in uno stadio T1N0M0 (Classificazione TNM) o inferiore;
9. Tutti i tumori stromali gastro-intestinali istologicamente classificati al Stage I o IA secondo l'ultima edizione del sistema di classificazione AJCC Cancer Staging Manual, o inferiore;
10. Tutti i tumori endocrini istologicamente classificati in uno stadio T1N0M0 (Classificazione TNM Classification) o inferiore;
11. Tutti i tumori maligni del midollo osseo che non richiedono ricorrenti trasfusioni di sangue, chemioterapia, terapie mirate per il cancro, trapianto di midollo osseo, trapianto di cellule staminali emopoietiche o altri trattamenti interventisti.

Trapianto d'organo

Sottoporsi come ricevente al trapianto di midollo osseo, precedentemente sottoposto ad ablazione totale, o al trapianto completo di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Per la definizione di cui sopra, le seguenti condizioni non sono coperte:

- Trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato e parti di organo o di tessuti o di cellule.

Sclerosi Multipla

Diagnosi inequivocabile da parte di un neurologo che confermi la presenza di compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale, con durata continuativa di almeno 6 mesi. L'Anamnesi (diagnosi, grado e durata del deficit neurologico) dovrà essere confermata da uno specialista neurologo e dovrà essere ben documentata dai risultati degli accertamenti effettuati.

Sindromi Parkinsoniane o il Parkinsonismo di qualsiasi altro genere sono esclusi dalla copertura.

Morbo di Parkinson Idiopatico (causanti sintomi permanenti e di gravità specifica)

Diagnosi inequivocabile formulata da uno specialista neurologo. Inoltre devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- Ci deve essere una compromissione clinica permanente della funzione motoria associata a tremore, rigidità di movimento ed instabilità posturale per almeno 6 mesi nonostante un trattamento ottimale.
- La malattia mostra segni di progressiva compromissione.
- La malattia deve causare un deficit neurologico con conseguente inabilità totale permanente ed irreversibile dell'Assicurato a:
 - camminare 200 metri in piano senza dispositivi di assistenza o
 - nutrirsi e consumare cibo preparato da altri e reso disponibile.

All'interno di questa definizione si intende esclusivamente il Morbo di Parkinson Idiopatico.

Sindromi Parkinsoniane o il Parkinsonismo di qualsiasi altro genere sono esclusi dalla copertura.

Malattia di Alzheimer (causante sintomi permanenti e che richiede supervisione continua)

Diagnosi inequivocabile formulata da uno specialista neurologo, psichiatra o geriatra e comprovata da tecniche di diagnostica per immagini di deterioramento e perdita delle capacità intellettuali.

Deve esserci perdita permanente di tutte le seguenti funzioni cerebrali:

- memoria;
- ragionamento;
- percezione, comprensione, espressione e realizzazione di istruzioni.

La malattia di Alzheimer deve anche risultare in una perdita significativa delle funzionalità cognitive e sociali richiedenti continua supervisione dell'Assicurato.

Per la definizione di cui sopra non sono coperti altri tipi di demenza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Demenza

Perdita permanente e deteriorante della capacità intellettiva confermata dalla valutazione clinica e dagli esami di imaging, derivante da disturbi organici cerebrali irreversibili, con conseguente grave riduzione del funzionamento mentale e sociale che richiede la supervisione continua della persona assicurata.

Inoltre, ci deve essere una perdita clinica permanente della capacità di fare tutto ciò che segue:

- ricordare;
- ragionare;
- percepire, comprendere, esprimere e rendere effettive le idee.

La diagnosi definitiva di demenza grave permanente e in peggioramento come definita sopra deve essere confermata da un neurologo e supportata da test di imaging appropriati (come la tomografia cerebrale computerizzata o la risonanza magnetica nucleare del cervello) insieme ai risultati dei test di valutazione cognitiva standard.

Per la definizione di cui sopra, non sono coperti

- disturbi cerebrali non organici come nevrosi e malattie psichiatriche
- disturbi cerebrali organici legati alla droga o all'alcol
- demenza dovuta al morbo di Alzheimer

Paralisi (totale, permanente e irreversibile)

Perdita totale, permanente e irreversibile dell'uso di entrambe le braccia o di entrambe le gambe o di un braccio e una gamba, a causa di paralisi dovuta a malattia o infortunio.

La valutazione di una richiesta di risarcimento può iniziare solo 180 giorni dopo che sia stata diagnosticata la perdita dell'uso degli arti.

COSA NON SI ASSICURA

Art. 13 Esclusioni in caso di morte

È **esclusa dalla garanzia** la morte causata da:

- *dolo del contraente o del beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'assicurato ad atti guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, insurrezioni, sommosse 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 se ed in quanto l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'assicurato in un Paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;*
- *armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;*
- *guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo di abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente/brevetto scaduti, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti del rinnovo;*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

- partecipazione a competizioni e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore, nonché pratica di sport estremi (es. scalata di roccia e accesso a ghiacciai oltre il 3° grado – Scala U.I.A.A., sci acrobatico, tuffi dalle grandi altezze) e relative prove;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- infortuni dell'assicurato procurati dallo stesso in stato di ebbrezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico pari o superiore a 1 grammo per litro (g/l);
- malattie correlate al consumo prolungato e sistematico di sostanze alcoliche, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Art. 14 Esclusioni in caso di malattie gravi

E' esclusa dalla garanzia le gravi malattie causate, oltre che da quanto citato nelle esclusioni per il caso di morte di cui all'art. 13, da:

- *Insorgenza di una grave patologia che si manifesti entro i primi 5 anni dal perfezionamento della Polizza e che sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata;*
- *Malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.*
- *Uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;*
- *Rifiuto di seguire le cure mediche;*
- *Tentato suicidio o azioni di autolesionismo da parte dell'Assicurato;*
- *Contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;*
- *Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, terremoti e fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;*
- *Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);*
- *Disturbi neurologici del movimento, patologie della psiche (ansia, depressione, altro), patologie del sistema nervoso centrale (es. malattia del motoneurone, paresi, ascessi intercranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, altro);*

e non vengono riconosciute come gravi malattie quelle con diagnosi:

- *rilasciate al di fuori dell'Unione Europea (vengono comunque incluse Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti d'America, Canada e Australia*
- *effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.*

Art. 15 Periodo di carenza garanzia caso di morte

La garanzia non opera per i primi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Questo periodo di non copertura viene denominato periodo di carenza. Solo in caso di morte dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il suddetto periodo di carenza viene esteso a 5 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, oppure a 7 anni nel caso in cui l'assicurato si sia rifiutato di effettuare gli esami richiesti da ITAS Vita necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia o di sieropositività.

ITAS Vita garantisce la liquidazione del capitale assicurato anche durante il periodo di carenza, esclusivamente nel caso in cui la morte avvenga per una delle seguenti cause, e purché queste si verifichino dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

- *una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

- shock anafilattico;
- infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La copertura può invece essere immediata, e quindi non viene applicato il periodo di carenza, se l'assicurato si sottopone a visita medica e ad ulteriori eventuali accertamenti sanitari richiesti da ITAS Vita.

Art. 16 Periodo di carenza garanzia malattie gravi

La garanzia non opera per i primi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione per tutte le malattie, con l'esclusione di demenza, morbo di Parkinson e morbo di Alzheimer per cui la garanzia non opera per i primi 36 mesi. Questo periodo di non copertura viene denominato periodo di carenza.

COME SI ASSICURA

Art. 17 Garanzie in caso di morte e in caso di malattie gravi dell'assicurato

In fase di stipula il contraente seleziona un capitale assicurato, che verrà riconosciuto ai beneficiari in caso di morte dell'assicurato in corso di contratto (vedi art. 11). Sempre in fase di stipula il contraente dovrà selezionare una percentuale (25% o 50%) del suddetto capitale assicurato, che verrà riconosciuto all'assicurato stesso in caso di sua malattia grave (vedi art. 12). Questa parte del capitale assicurato verrà di seguito denominata capitale anticipativo.

Se durante il contratto l'assicurato contrae una grave malattia, ITAS Vita si impegna a liquidare il capitale anticipativo a favore dell'assicurato stesso e la copertura per il caso di morte rimane attiva fino a scadenza. Se in seguito e prima della scadenza del contratto si verifica il caso di morte dell'assicurato ITAS Vita si impegna a liquidare ai beneficiari designati per il caso morte la differenza tra il capitale assicurato e il capitale anticipativo.

Esempio 1

In corso di contratto all'assicurato viene diagnosticata una malattia grave (vedi art.12.1) e successivamente, ma sempre nel corso del contratto, avviene il decesso:

Data di stipula del contratto: 10/02/2020

Durata copertura: 10 anni

Capitale assicurato: 100.000 euro

Capitale anticipativo selezionato: 25% del capitale assicurato: 25.000 euro

Capitale liquidato all'assicurato al riconoscimento della malattia grave, diagnosticata in data 20/05/2025: 25.000 euro

Capitale liquidato ai beneficiari al verificarsi del decesso dell'assicurato in data 15/10/2028: (100.000-25.000) = 75.000 euro

Esempio 2

In corso di contratto si verifica la morte dell'assicurato (senza prima alcuna grave malattia)

Capitale assicurato: 100.000 euro

Capitale anticipativo selezionato: 50% del capitale assicurato: 50.000 euro

Capitale liquidato ai beneficiari al verificarsi della morte dell'assicurato: 100.000 euro

Art. 18 Durata e limiti sottoscrittivi

Questo contratto prevede una durata, indicata in polizza, compresa tra 1 e 30 anni.

Alla data di decorrenza l'età sia dell'assicurato sia del contraente deve essere compresa tra 18 e 65 anni; a scadenza non può comunque superare il 70° anno. L'età considerata è, in ogni caso, l'età computabile.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

All'assicurato viene richiesto di sottoporsi a proprie spese a visite mediche o ad accertamenti richiesti da ITAS Vita per certificare il proprio stato di salute quando si verifichi uno o più dei seguenti casi:

- se l'assicurato ha un'età pari a 65 anni,
- se il capitale caso morte complessivamente assicurato è superiore a 350.000 euro,
- se dalle informazioni rese dall'assicurato sul proprio stato di salute, risultano dei problemi sanitari.

In caso di vita dell'assicurato alla scadenza del contratto, questo si estingue e i premi pagati restano acquisiti da ITAS Vita.

Art. 19 Premi

Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato iniziale e alla percentuale selezionata per la determinazione del capitale anticipativo definiti dal contraente in fase di sottoscrizione, alla durata contrattuale e all'età dell'assicurato in fase di stipula. Influiscono inoltre lo stato di salute dell'assicurato, le attività professionali da lui svolte e gli sport praticati. Questo contratto prevede un premio annuo e costante, che può essere frazionato, da versare anticipatamente ad ogni ricorrenza, per tutta la durata contrattuale e non oltre la morte dell'assicurato.

Il primo premio, anche ove sia previsto un frazionamento in più rate, è dovuto per intero.

Art. 19.1 Esonero pagamento premi per riconoscimento malattia grave

In caso di riconoscimento di malattia grave (come da art. 12) sarà effettuato il pagamento del capitale anticipativo e la polizza proseguirà con la sola copertura caso morte con l'esonero del Contraente dal pagamento dei premi successivi fino alla naturale scadenza del contratto.

La prima rata che il Contraente non dovrà versare sarà quella coincidente o successiva alla data di denuncia del sinistro malattia grave. Nel caso in cui non venga riconosciuta da parte della Compagnia la malattia grave, il Contraente dovrà corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia e riprendere il regolare pagamento dei premi, per mantenere la copertura attiva fino alla scadenza del contratto.

Art. 19.2 Interruzione del pagamento dei premi: risoluzione del contratto

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza del versamento, costituisce, a partire da quest'ultima data, interruzione del pagamento dei premi. Con l'interruzione del pagamento dei premi il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti da ITAS Vita.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il contraente non può, in alcun caso, opporre che ITAS Vita non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 19.3 Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

Entro 12 mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi il contraente potrà richiedere, per iscritto, la riattivazione del contratto risolto.

La riattivazione è subordinata all'accettazione da parte di ITAS Vita, che si riserva la decisione sulla base dell'esito di eventuali nuovi accertamenti sanitari che potrebbe richiedere all'assicurato.

Nel caso in cui ITAS Vita acconsenta alla riattivazione, è dovuto il versamento totale di tutte le rate di premio.

Art. 19.4 Modifiche delle basi statistiche per la determinazione del premio

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro, **ITAS Vita si riserva la possibilità di modificare l'importo dei premi ogni 5 anni.**

Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi clienti per un'identica copertura assicurativa.

L'ammontare del nuovo premio viene determinato da ITAS Vita con riferimento alle nuove basi statistiche utilizzate a tale epoca, considerando l'età dell'assicurato alla data di decorrenza del contratto.

ITAS Vita darà comunicazione al contraente del nuovo premio, con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla scadenza annuale della polizza.

Rimane ferma la facoltà del contraente di non accettare la variazione di premio e quindi di non pagarlo al rinnovo.

Art. 19.5 Modalità di pagamento dei premi

Il premio deve essere pagato direttamente a ITAS Vita o all'intermediario con:

- assegno postale, assegno bancario o assegno circolare non trasferibili
- bonifico bancario
- S.D.D. (Sepa Direct Debit)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

- bollettino c/c postale, vaglia postale o simili
- carte di credito o di debito.

È vietato pagare il premio in contanti, come da normativa di vigilanza.

Art. 20 Costi

Art. 20.1 Costi sul premio

Per far fronte alle spese di emissione e di gestione del contratto, ITAS Vita applica questi costi sulle tariffe 6ADD21-DD21:

Tipo di costi	Costi
Costo fisso applicato su ogni premio annuo	30,00 euro
Costi di caricamento applicato su ogni premio annuo al netto del costo fisso di cui sopra	15,0%
Interessi di frazionamento su premio annuo, costo variabile in funzione del frazionamento scelto	1,0%, semestrale 2,0%, trimestrale 3,0%, mensile

Le tariffe 6ADD2150-DD2150 sono riservate ai Soci di ITAS Mutua e ai soggetti che sono già clienti di ITAS Vita. Queste tariffe presentano le stesse caratteristiche delle tariffe 6ADD21-DD21 ma prevedono, alle stesse condizioni, dei costi inferiori. Per far fronte alle spese di emissione e di gestione del contratto, ITAS Vita applica questi costi:

Tipo di costi	Costi
Costo fisso applicato su ogni premio annuo	20,00 euro
Costi di caricamento applicato su ogni premio annuo al netto del costo fisso di cui sopra	10,0%
Interessi di frazionamento su premio annuo, costo variabile in funzione del frazionamento scelto	1,0%, semestrale 2,0%, trimestrale 3,0%, mensile

Art. 20.2 Costi per visite mediche

I costi delle visite mediche o degli accertamenti a cui l'assicurato si sottopone, o perché espressamente richiesto da ITAS Vita (vedi art. 18) o per l'eliminazione del periodo di carenza (vedi art. 15), sono interamente a carico del Contraente.

A CHI E COME SI LIQUIDA

Art. 21 Beneficiari per il caso malattia grave

Il beneficiario della prestazione in caso di riconosciuta malattia grave è l'assicurato stesso.

Art. 22 Beneficiari per il caso morte

Il contraente designa i beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei beneficiari non può essere revocata o modificata:

- dopo che il contraente e il beneficiario hanno dichiarato per iscritto a ITAS Vita, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il beneficiario ha comunicato per iscritto a ITAS Vita di volersi avvalere del beneficio.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Se la designazione di beneficio non può essere revocata o modificata, le operazioni di recesso, pegno o vincolo di polizza, possono essere esercitate con l'assenso scritto di tutti i beneficiari.

La designazione dei beneficiari e le loro eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto a ITAS Vita o disposte per testamento, purché la relativa clausola richiami la specifica polizza vita o attribuisca chiaramente le somme assicurate con tale polizza.

Qualora i beneficiari siano individuati in polizza o in apposita appendice di variazione con il generico riferimento agli eredi (siano essi legittimi o testamentari), ITAS Vita farà riferimento alle norme civilistiche o al testamento per l'individuazione corretta dei beneficiari. Nel caso in cui dovessero essere individuati più beneficiari, il capitale sarà suddiviso tra di essi in parti uguali, senza applicazione di eventuali quote previste dalla legge o dal testamento. La ripartizione non verrà effettuata in parti uguali solo nel caso in cui il contraente abbia indicato espressamente ed inequivocabilmente delle diverse modalità di ripartizione delle prestazioni assicurative in caso di decesso. Tali differenti criteri specifici di ripartizione delle prestazioni possono essere comunicati a ITAS Vita (recapiti art. 10) in qualsiasi momento o indicati nel testamento, purché la relativa clausola richiami la specifica polizza vita. Anche nel caso in cui in polizza siano designati più beneficiari espressamente individuati, il capitale sarà suddiviso tra di essi in parti uguali, salvo diversa ripartizione indicata in modo chiaro dal contraente in fase di stipula o con atto successivo.

ITAS Vita potrà incontrare maggiori difficoltà nella ricerca ed identificazione del/i beneficiari se indicati in maniera generica dal contraente.

Art. 23 Liquidazioni

Per corrispondere le prestazioni assicurate quando si verifica uno degli eventi previsti dal contratto, devono essere prima consegnati a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata PEC a ITAS Vita o all'intermediario (recapiti art. 10) i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

Art. 23.1 Liquidazioni per malattie gravi

Documenti che l'assicurato deve presentare:

- richiesta scritta (recapiti all'art. 10) firmata dall'assicurato, con copia di un suo documento valido di riconoscimento.
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'assicurato al momento della denuncia.
- in caso di beneficiario/assicurato incapace o sottoposto ad amministrazione di sostegno: originale o copia autentica dell'autorizzazione del Giudice Tutelare, a favore del tutore/curatore/amministratore di sostegno, ad incassare le somme dovute con indicazione della destinazione dei fondi.
In questi casi ITAS Vita è esonerata da ogni responsabilità per il pagamento e l'eventuale reimpiego delle somme stesse;
- in presenza di pegno o vincolo, atto di assenso alla richiesta di liquidazione firmato dal creditore titolare del pegno o dal vincolatario;
- ITAS Vita si riserva di chiedere l'originale della polizza se il beneficiario/assicurato intende far valere condizioni contrattuali diverse rispetto a quanto previsto nella documentazione di ITAS Vita o quando ITAS Vita stessa contesta l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che l'assicurato intende far valere;
- coordinate bancarie dell'avente diritto sulle quali si chiede che venga erogata la liquidazione.

ITAS Vita si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

ITAS Vita potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" dell'assicurato anche tramite un medico di propria fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

Art. 23.2 Liquidazione del capitale per la prestazione in caso di morte

Documenti che il beneficiario deve presentare:

- richiesta scritta (recapiti all'art. 10) firmata dai beneficiari, con copia di un loro documento valido di riconoscimento, Informativa trattamento dati personali e consensi per clientela. Per agevolare la

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

presentazione di questa comunicazione, ITAS Vita mette a disposizione un modulo di richiesta di pagamento nella sezione "Supporto – Liquidazione polizze vita" del sito internet www.gruppoitas.it e presso gli intermediari;

- modulo di adeguata verifica sottoscritta dall'intermediario;
- certificato di morte dell'assicurato;
- in caso di designazione generica della figura dei beneficiari, quindi con riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari:
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata da pubblico ufficiale in cui il beneficiario dichiara, per quanto a sua conoscenza, dopo aver compiuto ogni tentativo e quanto in suo potere per accertarlo, se l'assicurato ha lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi o testamentari, le loro complete generalità e capacità di agire,
 - se c'è testamento, copia autentica;
- in caso di designazione nominativa dei beneficiari:
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata da pubblico ufficiale in cui il beneficiario dichiara, per quanto a sua conoscenza, dopo aver compiuto ogni tentativo e quanto in suo potere per accertarlo, se l'assicurato ha lasciato o meno testamento,
 - se c'è testamento, copia autentica;
- relazione medica sulle cause e le circostanze della morte dell'assicurato, comprensiva di anamnesi remota riferita ai 5 anni precedenti alla stipula del contratto. Per agevolare la presentazione di questa relazione ITAS Vita mette a disposizione del beneficiario un modulo utilizzabile dal medico curante nella sezione "Supporto – Liquidazione polizze vita" del sito internet www.gruppoitas.it, e presso gli intermediari. ITAS Vita si riserva di chiedere ulteriori documenti sanitari nel caso in cui si rivelasse necessario e opportuno in considerazione di particolari esigenze istruttorie e liquidative reperire informazioni aggiuntive (a titolo esemplificativo e non esaustivo: certificato necroscopico, cartelle cliniche, esami clinici, autopsia se eseguita, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo ed esito delle eventuali indagini disposte dall'autorità giudiziaria);
- in caso di beneficiari minori o incapaci o sottoposti ad amministrazione di sostegno: originale o copia autentica dell'autorizzazione del Giudice Tutelare, a favore del tutore/curatore/amministratore di sostegno, ad incassare le somme dovute con indicazione della destinazione dei fondi.
In questi casi ITAS Vita è esonerata da ogni responsabilità per il pagamento e l'eventuale reimpiego delle somme stesse;
- in caso di beneficiario persona giuridica, copia della visura camerale della Società stessa;
- in presenza di pegno o vincolo, atto di assenso alla richiesta di liquidazione firmato dal creditore titolare del pegno o dal vincolatario;
- in caso di beneficiario persona giuridica, copia della visura camerale della Società stessa;
- ITAS Vita si riserva di chiedere l'originale della polizza se il beneficiario intende far valere condizioni contrattuali diverse rispetto a quanto previsto nella documentazione di ITAS Vita o quando ITAS Vita stessa contesta l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intende far valere;
- coordinate bancarie dell'avente diritto sulle quali si chiede che venga erogata la liquidazione.

Verificato l'obbligo di liquidazione, ITAS Vita mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento dei documenti completi sopraelencati.

Nel caso in cui tale documentazione dovesse risultare incompleta, le tempistiche di liquidazione potrebbero allungarsi.

Dopo tale termine e a partire dal medesimo, vengono riconosciuti gli interessi legali a favore dei beneficiari. Tutte le liquidazioni sono effettuate con bonifico bancario sul conto corrente dell'avente diritto.

Eseguita la liquidazione, il contratto si estingue e nulla è più dovuto da ITAS Vita.

Si ricorda all'assicurato l'importanza di conservare la propria documentazione medico-sanitaria e di renderla disponibile al beneficiario. Ad ogni modo, ITAS Vita e il beneficiario collaborano in buona fede e fanno quanto in loro potere, tenendo conto anche del principio della vicinanza alla prova, per acquisire i documenti sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione.

La richiesta di acquisire la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata e la copia autentica dei testamenti (se presenti) consente a ITAS Vita di individuare correttamente gli aventi diritto alla prestazione assicurata.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Il beneficiario può raccogliere e presentare direttamente la documentazione sanitaria o relativa alle cause del decesso o, se ha particolari difficoltà ad acquisirla, può delegare ITAS Vita a richiederla, nel rispetto della normativa sulla riservatezza. Sul sito internet www.gruppoitas.it di ITAS Vita, alla sezione "Supporto – Liquidazione polizze vita" o presso gli intermediari è disponibile una bozza di delega. In ogni caso il beneficiario consegnerà la documentazione medico-sanitaria di cui sopra, se la stessa è già in suo possesso.

ITAS Vita peraltro non si assume alcune responsabilità per la raccolta della documentazione medico-sanitaria, alla quale in ogni caso non rinuncia: pertanto, se ITAS Vita non riesce ad accedere alle informazioni e ai documenti necessari, il beneficiario dovrà attivarsi per ottenerli personalmente.

Le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Art. 24 Riconoscimento delle malattie gravi

Se viene diagnosticata una delle gravi malattie presenti nel contratto, l'assicurato deve farne denuncia a mezzo raccomandata A.R. o a mezzo posta elettronica certificata PEC a ITAS Vita o all'intermediario (recapiti art. 10). La data di denuncia coincide con la data nella quale la comunicazione viene ricevuta.

Dalla data del timbro postale della raccomandata o dalla data di invio della posta elettronica certificata PEC di cui sopra, il contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione dell'assicurato per il quale è in corso l'accertamento della grave malattia. Se la malattia grave viene riconosciuta, l'obbligo al pagamento del premio cessa definitivamente, ma la prestazione per il caso morte rimane in vigore fino a scadenza.

Se invece la grave malattia non viene riconosciuta, il contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia, la garanzia per grave malattia rimane in vigore.

ITAS Vita si impegna ad accertare la grave malattia entro 90 giorni dalla comunicazione di cui sopra.

La morte dell'assicurato che avvenga durante l'accertamento della grave malattia, ma prima che questa venga riconosciuta, equivale ad avvenuto riconoscimento della grave malattia e, in questo caso, il capitale anticipativo verrà liquidato agli eredi testamentari in parti uguali o, in mancanza, agli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.

Riconosciuta la malattia grave, ITAS Vita effettua la liquidazione del capitale anticipativo entro i 30 giorni successivi dal ricevimento della documentazione completa.

Il contraente e l'assicurato, su richiesta di ITAS Vita, pena la decadenza da ogni diritto legato alla prestazione per il caso di grave malattia, sono obbligati a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta da ITAS Vita per gli accertamenti della grave malattia e a fornire tutte le prove che ITAS Vita ritiene opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto la grave malattia.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

GLOSSARIO

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che è emesso insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti concordati tra ITAS Vita e il contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il contraente e con il beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che riguardano la sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica indicata in polizza dal contraente; può coincidere o meno con il contraente e con l'assicurato e riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale assicurato

Capitale assicurato che può essere liquidato ai beneficiari al verificarsi dell'evento nel corso della durata contrattuale.

Capitale anticipativo

Capitale che viene pagato in caso di grave malattia. E' calcolato in funzione del capitale assicurato morte selezionato dal Contraente.

Caricamento

Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali, amministrativi e gestionali di ITAS Vita

Cessione, pegno e vincolo

Condizioni per le quali il contraente può cedere a terzi il contratto, così come darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Questi atti sono efficaci solo quando ITAS Vita, a seguito di comunicazione scritta del contraente, li annota sul contratto o su un'appendice. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudica l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle condizioni che regolano il contratto di assicurazione.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna a pagare i premi a ITAS Vita.

Contratto di assicurazione sulla vita

Contratto con il quale ITAS Vita, a fronte del pagamento del premio, paga una prestazione assicurata in forma di capitale quando si verifica un evento che riguarda la vita dell'assicurato.

Costi

Costi a carico del contraente che gravano sui premi versati o, quando previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite da ITAS Vita.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie diventano efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Documento di polizza

Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

Durata contrattuale

Arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative e quindi il contratto è in vigore.

Età computabile

Età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi e arrotondando per eccesso a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per Loro²/Tariffe 6ADD21 – DD21 – 6ADD2150 – DD2150

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono essere indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario

Soggetto che svolge a pagamento attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione, o presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Dal 2013 è succeduta a ISVAP.

Liquidazione

Pagamento al beneficiario della prestazione dovuta quando si verifica l'evento assicurato.

Morte o decesso

Quando si verifica l'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Perfezionamento dell'assicurazione

L'assicurazione **si perfeziona**, e quindi entra in vigore, se è pagato il premio unico:

- dalle 24 del giorno di stipula del contratto
- dalle 24 del giorno indicato sul documento di polizza come data di decorrenza, se successivo.

Premio versato

Importo che il contraente versa a ITAS Vita come pagamento delle prestazioni previste dal contratto.

Prestazione assicurata

Somma pagabile in forma di capitale che ITAS Vita garantisce al beneficiario quando si verifica l'evento assicurato.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, e dall'assicurato con il quale essi manifestano a ITAS Vita la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate.

Recesso

Diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della stipula del contratto.

Stipula del contratto

Il contratto è stipulato nel momento in cui il contraente, dopo aver firmato la proposta, riceve da ITAS Vita il documento di polizza firmato o altra comunicazione scritta che ne attesta l'assenso.

"PER LORO 2"
**ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE E MALATTIE GRAVI
A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI**

Contraente Nato il a
Indirizzo
Codice fiscale
Assicurando Nato il a
Indirizzo Sesso:
Codice fiscale Età computabile

Codice Tariffa Durata Anni

Convenzione:

Decorrenza polizza Scadenza polizza

Capitale assicurato Morte	€	Premio annuo €
Capitale anticipativo Malattie Gravi	€	
		Imposte €
Frazionamento premi ANNUALE SEMESTRALE TRIMESTRALE MENSILE		Addizionale per frazionamento €
		Totale Premio Annuo €

Premio Totale frazionato (comprensivo di eventuali imposte) **€**

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO:

L'Assicurando dichiara di NON aver sottoscritto altre polizze vita, temporanea caso morte o mista, con la nostra Società.

L'Assicurando dichiara di aver sottoscritto le seguenti polizze vita, temporanea caso morte o mista, con la nostra Società:

	Capitale Assicurato iniziale	€
	Capitale Assicurato iniziale	€
	Capitale Assicurato iniziale	€
	Capitale sotto rischio totale	€

L'Assicurando dichiara di voler **sostituire/non rinnovare** con il contratto in emissione il/i seguente/i contratto/i:

BENEFICIARI CASO MORTE:

In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. Si ricorda inoltre che ogni modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'Impresa.

Beneficiario			
Percentuale beneficio:	Cognome/Ragione Sociale:	Nome:	Forma Giuridica: FISICA GIURIDICA
Codice fiscale:	Partita Iva:	Data di nascita:	Persona politicamente esposta: SI NO
Nazione:	Località:	Provincia:	CAP:
Indirizzo di residenza o sede legale: c/o:			
E-mail:		E-mail PEC:	Telefono cellulare:
Relazioni esistenti tra contraente e beneficiario: APPARTENENTE AL NUCLEO FAMILIARE RAPPORTO DI LAVORO/AFFARI In mancanza del beneficiario dichiarato vengono indicati ulteriori soggetti: SI NO			

Voglio indicare un referente terzo, diverso dai beneficiari, che ITAS VITA dovrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ragione sociale:		Nome:	Forma Giuridica: FISICA GIURIDICA
Codice Fiscale:	Partita Iva:	Data di nascita:	
Nazione:	Località:	Provincia:	CAP:
Indirizzo di residenza o sede legale: c/o:			
E-mail:		E-mail PEC:	Telefono cellulare:
Preferenza di invio comunicazione: VIA POSTA ORDINARIA VIA E-MAIL			

BENEFICIARI CASO MALATTIE GRAVI: L'ASSICURATO STESSO

QUESTIONARIO SANITARIO

<p>1. Ha mai sofferto di una delle seguenti malattie o le è mai stato consigliato da un medico di seguire delle cure e/o assumere dei farmaci per le seguenti malattie?</p> <ul style="list-style-type: none">• malattia cardiovascolari (ad esempio infarto, angina, aritma, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco).• malattie cerebrovascolari (ad esempio ictus, TIA, emorragia cerebrale).• tumori maligni in generale.	
<p>2. Negli ultimi 10 anni le è stata diagnosticata una delle seguenti patologie o le è stato consigliato da un medico di seguire delle cure e/o assumere dei farmaci per le seguenti patologie?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Malattie del pancreas, del fegato (ad esempio epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico).b) Malattie respiratorie (ad esempio broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica).c) Malattie uro-genitali (ad esempio insufficienza renale cronica, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite, nefrite cronica e nefrosi cronica, displasia renale cistica congenita).d) Malattie osteoarticolari (ad esempio lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettivi sistemiche, fibromialgia).e) Malattie del sistema endocrino metabolico (ad esempio diabete, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico).f) Malattie del sistema nervoso centrale o periferico (ad esempio morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, psicosi, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici).	
<p>3. È attualmente in attesa di un ricovero ospedaliero programmato per una o più delle patologie indicate al punto 2 o al punto 3 o è attualmente sotto controllo medico per disturbi di qualsiasi altro tipo (ad esempio ghiandole ingrossate)?</p>	
<p>4. Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad accertamenti sanitari per una o più delle patologie indicate al punto 2 o al punto 3 che abbiano dato esiti fuori dalla norma?</p>	
<p>5. È mai stato sottoposto a un trapianto d'organo?</p>	

6. Negli ultimi dodici mesi le sono stati prescritti dei farmaci o ne sta facendo attualmente uso abituale?	
7. Le è stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente o ha fatto domanda per ottenerla?	
8. È attualmente dipendente da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche)?	
9. È attualmente sieropositivo o affetto da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) e/o le è mai stato prescritto da un medico di sottoporsi a esami specialistici per le patologie precedentemente indicate?	
10. In base alla sua altezza, il suo peso è compreso tra i limiti min. e max. indicati nella tabella allegata?	

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

<p>La sua attività professionale richiede contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo o rientra tra le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività artistica o circense • Attività di camionista/autotrasportatore, pilota e assistente di volo • Attività di fotografo, giornalista, reporter, cameraman • Attività di sicurezza personale e/o sicurezza-manutenzione di impianti • Attività di Sportivo professionista/istruttore/bagnino/guida • Attività in gallerie, pozzi miniere e simili • Attività in mare o subacquee • Attività svolte ad altezze superiori a 10 metri • Attività svolte anche all'estero • Appartenenza a Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, Militari, Corpo Diplomatico ? 	
--	--

La professione dichiarata è:

ATTIVITÀ SPORTIVA

<p>Pratica una o più delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sport individuali: caccia professionale, speleologia, tuffi non in piscina o da altezze elevate • Sport aerei: Volo, Deltaplano/Parapendio/ Paracadutismo/Mongolfiera • Sport automobilistici/motociclistici: corsa in salita/su circuito, raid, rally, go-kart, motocross, quad, speedway • Sport da combattimento: boxe, thai-boxe, kick boxing, wrestling • Sport equestri: equitazione/ippica • Sport estremi: bungee jumping, base jump, canyoning, mountain bike con gare, trial running, trekking o escursioni in alta montagna oltre i 4.000 metri di altitudine, immersioni/sub • Sport di montagna e Invernali: Alpinismo/Scalata su roccia, Bob/Motoslitta, Sci/Snowboard non a livello amatoriale o non in pista • Sport nautici: vela, catamarano, canoa estrema, corse di fuoribordo, gare di offshore, rafting 	
--	--

Legenda: **N** = No e **S** = Sì

Gli sport dichiarati dall'Assicurando sono:

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
Agenzia /

PROPOSTA N. /**P**

TABELLA ALTEZZA / PESO

Intervallo di altezza in cm	Intervallo di peso in kg
150 - 155	45 - 69
156 - 160	49 - 75
161 - 165	52 - 80
166 - 170	55 - 85
171 - 175	59 - 90
176 - 180	62 - 96
181 - 185	65 - 101
186 - 190	69 - 107
191 - 195	72 - 113
196 - 200	76 - 119
201 - 205	79 - 125
206 - 210	83 - 131
211 - 215	87 - 138

NOTA BENE:

a) In caso di risposta affermativa ad almeno una delle domande dalla n. **1** alla n. **12** e/o di risposta negativa alla n. **13**, la Società può richiedere l'invio del rapporto completo di visita medica (sull'apposito modello V.0040) e di allegare copia della documentazione sanitaria riguardante le patologie pregresse e/o attuali [cartelle cliniche, esiti di accertamenti strumentali, analisi di laboratorio (di data inferiore ai 6 mesi da quella di sottoscrizione della proposta) e/o visite specialistiche di controllo, medicinali assunti regolarmente]. La Società si riserva di richiedere in caso di necessità ulteriore documentazione sanitaria.

b) Per quanto riguarda l'ambito professionale e sportivo si tengano presenti le esclusioni e limitazioni delle garanzie previste dagli specifici articoli delle condizioni contrattuali per determinate attività. In deroga alle condizioni contrattuali, e a discrezione e valutazione della Società è possibile includere tali attività applicando sovrappremi specifici in ragione della valutazione del rischio preventivamente effettuata.

AVVERTENZE:

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

c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può sottoporsi, a proprie spese, a visita medica ed a eventuali accertamenti presso il suo medico di fiducia per certificare il proprio stato di salute. Tale costo non è quindi preventivamente quantificabile.

Il/I Sottoscritto/i Contraente / Assicurando, dichiara / dichiarano ad ogni effetto di legge

- che le informazioni e le risposte date nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere ed esatte e di non aver taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione ai questionari che precedono, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se materialmente scritte da altri;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possano averlo curato o visitato e le altre persone o Enti alle quali la Società credesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni;
- di aver preso visione degli Specifici Articoli riguardanti le **Esclusioni e Limitazioni delle Garanzie, relative al contratto che verrà emesso in base alla presente proposta;**
- di essere consapevole/i che l'accettazione della presente proposta spetta unicamente alla Società, la quale può applicare condizioni restrittive, oppure rinviare o rifiutare il rischio senza obbligo di indicare i motivi.

Il Contraente infine si impegna ad accettare il contratto.

AVVERTENZA : la sottoscrizione della proposta non comporta il versamento del premio di perfezionamento e non attiva la garanzia.

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha sempre facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R con allegato l'originale della proposta.

Il Contraente può recedere inoltre dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione, inviando comunicazione scritta alla Società con lettera raccomandata A/R con allegato l'originale di polizza ed eventuali appendici.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO CONSENTITE DALLA SOCIETÀ

I mezzi di pagamento del premio devono avere quale diretta beneficiaria la Società o l'Agente nella sua qualità di intermediario della Società stessa e sono: assegno postale, assegno bancario e assegno circolare non trasferibili, bonifico bancario, S.D.D. (SEPA Direct Debit), bollettino c/c postale, vaglia postale o similari, carte di credito o di debito. È tassativamente vietato il pagamento del premio in contanti, ai sensi della normativa diramata dall'Istituto di Vigilanza.

Emessa il _____

In fede:

Contraente

Assicurando
(se diverso dal Contraente)

Intermediario

Il contraente dichiara di aver ricevuto i documenti che compongono il Set Informativo (DIP e DIP aggiuntivo Vita, Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo di proposta, data di edizione 06/2021) a norma del Regolamento IVASS n. 41/2018.

Contraente